

# **OPINNÄYTETYÖ**

**EIJA KEHUS 2013**

## **NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN HOITOTYÖN TOTEUTTAMINEN OSASTONHOITAJIEN NÄKÖKULMASTA**



**Rovaniemen  
ammattikorkeakoulu**  
University of Applied Sciences  
LUC

**TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA**

**YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO**

**TERVEYDEN EDISTÄMISEN KOULUTUSOHJELMA**

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU  
TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA  
YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
Terveysten edistämisen koulutusohjelma

Opinnäytetyö

**NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN HOITOTYÖN  
TOTEUTTAMINEN  
OSASTONHOITAJIEN NÄKÖKULMASTA**

Eija Kehus

2013

Toimeksiantaja Länsi-Pohjan keskussairaala

Ohjaajat  
Outi Törmänen  
Teija Korhonen (06/ 2012 asti)

<b>Tekijä</b>	Eija Kehus	Vuosi	2013
<b>Toimeksiantaja</b>	Länsi-Pohjan keskussairaala		
<b>Työn nimi</b>	Näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttaminen osastonhoitajien näkökulmasta		
<b>Sivu- ja liitemäärä</b>	72+ 5		

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata osastonhoitajien (n=7) käsityksiä näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamiseen ja hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämiseen liittyvistä tekijöistä sairaalaorganisaatiossa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa uutta tutkimustietoa, jota voidaan hyödyntää näyttöön perustuvan hoitotyön ja yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittämisessä potilaan hoidossa. Lisäksi tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitotyöntekijöiden ja lähiesimiesten koulutuksessa. Tutkimusaineisto kerättiin syyskuussa 2012 fokusryhmähaastattelulla Länsi-Pohjan ja Lapin keskussairaaloissa. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Osastonhoitajat suhtautuivat myönteisesti näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja tutkitun tiedon käyttö hoitotyössä oli jonkin verran lisääntynyt organisaatioissa. Osastonhoitajat kokivat oman roolinsa tärkeänä hoitotyön kehittämisessä, mutta koulutuksen ja ajan puute sekä hoitotyön ylemmän johdon riittämätön tuki ja vähäinen yhteistyö lääkäreiden kanssa olivat esteenä näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. Osastonhoitajien mielestä yhtenäiset hoitotyön käytännöt paransivat hoidon laatua, tukivat taloudellisuutta ja helpottivat potilaan hoitoa koskevaa päätöksentekoa. Käytäntöjen yhtenäistämisen merkitys hoitotyön kehittämisessä nähtiin tärkeänä, mutta yhtenäistäminen oli vielä alkuvaiheessa. Hoitotyön kehittäminen nähtiin pirstaleisena toimintana ja organisaatioon kaivattiin näyttöön perustuvan hoitotyön ja yhtenäisten käytäntöjen kehittämiseen vastuuhenkilöä.

Tutkimustulosten perusteella näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamista tulee lisätä ja kehittää organisaatioissa koulutuksen avulla. Moniammatillista yhteistyötä hoitotyön johtajien, lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan välillä tulee lisätä ja organisaatioihin tarvitaan hoitotyön kehittämiseen asiantuntijahoitaja. Yhtenäisiä hoitokäytäntöjä tulee kehittää tehostamalla hoitosuositusten ja hoitoketjujen käyttöä potilaan hoidossa.

Avainsanat: näyttöön perustuva hoitotyö, hoitotyön suositus, hoitotyön käytäntöjen yhtenäistäminen, osastonhoitajat

---

<b>Author</b>	Eija Kehus	Year 2013
<b>Commissioned by</b>	Länsi-Pohja Central Hospital	
<b>Subject of thesis</b>	Implementation of Evidence-Based Nursing from the Perspective of Head Nurses	
<b>Number of pages</b>	72 + 5	

---

The purpose of this thesis was to describe head nurses' (n=7) opinions about implementation of evidence-based nursing and standardizing of nursing practice in hospital organizations. The aim of the research was to produce new information which can benefit the implementation of evidence-based nursing and standardized nursing practice in patient care. In addition, the results can contribute to the education of clinical care nurses and the nurse leaders. The research data was collected in September 2012 using two focus-interviews in Länsi-Pohja and Lapland Central Hospitals. The data was analyzed by using content analysis.

The head nurses had a positive attitude towards evidence-based nursing and the use of research knowledge in nursing had increased somewhat in the studied organizations. The head nurses considered their own role important in nursing development, but the lack of education and time and the inadequate support from the nurse leaders and the poor collaboration with doctors were barriers in further development of evidence-based nursing. According to the interviewees that the common practice in nursing improved quality of care, supported economy and helped in decision making. It was important in nursing development to aim towards a standardized nursing practice, but standardizing was just getting started. The development of nursing was disconnected and there was a need to name a person to develop evidence-based nursing and standardized nursing practices in the organization.

Based on this study it can be said that the use of evidence-based nursing should increase and develop in organizations by education. The collaboration between nursing leaders, doctors and clinical nurses has to increase and there is a need to appoint an advanced practice nurse in organizations. By using guidelines and critical pathways can improve the common nursing practices in patient care and make them more effective.

Key words: evidence-based nursing, clinical practice guidelines, standardizing of nursing practice, head nurses

# SISÄLLYS

<b>KUVIOT .....</b>	<b>1</b>
<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>2</b>
<b>2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ .....</b>	<b>4</b>
2.1 NÄYTTÖÖN PERUSTUVAAN HOITOTYÖHÖN LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ.....	4
2.2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN HOITOTYÖN OSA-ALUEET .....	6
<b>3 HOITOTYÖN KÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISTÄMINEN .....</b>	<b>11</b>
<b>4 NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN HOITOTYÖN JA YHTENÄISTEN KÄYTÄNTÖJEN TOTEUTTAMISEEN LIITTYVIÄ TEKIJÖITÄ.....</b>	<b>14</b>
<b>5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....</b>	<b>20</b>
<b>6 TUTKIMUSMETODI JA ANALYYSI.....</b>	<b>21</b>
6.1 FOKUSRYHMÄHAASTATTELU .....	21
6.2 HAASTATeltAVIEN VALINTA .....	23
6.3 AINEISTONKERUU JA ANALYYSI .....	25
<b>7 TUTKIMUSTULOKSET .....</b>	<b>30</b>
7.1 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ TUTKIMUSORGANISAATIOISSA.....	30
7.1.1 Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittyminen .....	30
7.1.2 Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen haasteet .....	32
7.1.3 Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön liittyvä koulutus.....	34
7.2 HOITOTYÖN KÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISTÄMINEN .....	36
7.2.1 Yhtenäisten käytäntöjen merkitys hoitotyölle .....	36
7.2.2 Käytäntöjen yhtenäistämiseen liittyvät tekijät.....	37
<b>8 POHDINTA .....</b>	<b>42</b>
8.1 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU .....	42
8.2 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	53
8.3 TUTKIMUSMETODIN POHDINTA .....	55
8.4 EETTISET KYSYMYKSET .....	57
8.5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET .....	60
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>62</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>72</b>

**KUVIOT**

Kuvio 1. Näytön asteet	6
Kuvio 2. Näyttöön perustuvan hoitotyön osa-alueet	7
Kuvio 3. Esimerkki kategorioiden luomisesta	28
Kuvio 4. Aineistonanalyysin eteneminen	29
Kuvio 5. Tutkimustulokset	41
Kuvio 6. Tutkimuksen aikataulu	53

## 1 JOHDANTO

Näyttöön perustuvan toiminnan lisääminen ja hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen on kehittämisen kohteena terveydenhuollossa sekä Suomessa että useissa muissa maissa (Egerod–Hansen 2005, 456; Brown ym. 2010, 1944; Elomaa–Mikkola 2010, 7 - 8; Holopainen–Korhonen–Miettinen–Pelkonen–Perälä 2010, 39). Kehittämiskohde on kirjattu terveydenhuoltolakiin (2010 / 1326, 2 §, 8 §), jonka tavoitteena on kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja ja toteuttaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta ja laki edellyttää, että toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Myös Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmassa "Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön" (2009 - 2011) tavoitteena oli asiakas- ja potilastyön vaikuttavuuden parantaminen näyttöön perustuvilla toiminnoilla ja käytäntöjen yhtenäistämällä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 14 - 15, 53; Korhonen–Tervo-Heikkinen–Holopainen–Miettinen 2012, 99).

Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen taustalla ovat terveydenhuollon kustannusten nousu ja tarve palvelujen laadun kehittämiseen sekä asiakkaiden kasvaviin odotuksiin vastaaminen (Heikkilä 2008; Poe–White 2010, 4; Jadelhack 2012, 65). Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on antaa asiakkaille ja potilaille parasta mahdollista, vaikuttavaa hoitoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 53) ja päätöksenteon ja toiminnan tukena käytetään mahdollisimman vahvoja tutkimustuloksia (Polit–Beck 2010, 5). Tutkimusten tekemiseen käytetään runsaasti aikaa ja resursseja terveydenhuollossa (Dobbins ym. 2009, 61), mutta tutkimustulosten hyödyntäminen päivittäisessä hoitotyössä on vähäistä (Elomaa 2003, 5; Breimaier–Halfens–Lohrmann 2010, 1744 - 1756; Ubbink ym. 2011, 87 - 94; Daiheim–Harthug–Nilsen–Nortvedt 2012, 367). Monet hoitokäytännöt perustuvat edelleen kokemukseen ja perinteisesti oikeiksi havaittuihin toimintatapoihin ja menetelmiin ja tästä syystä terveydenhuollon toiminnassa on vaihtelua organisaatioiden, yksikköjen ja yksilöiden välillä (Korhonen ym. 2012, 40 - 42; Laaksonen ym. 2012, 44; Vähäkangas 2012, 97).

Hoitotyön kehittäminen on ajankohtainen keskustelun aihe työyhteisössäni Länsi-Pohjan keskussairaalassa, mutta organisaatiossa ei ole tehty tutkimusta aiheesta aiemmin. Lisäksi näyttöön perustuvien hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisestä suomalaisessa terveydenhuollossa on vähän tutkimustietoa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata osastonhoitajien käsityksiä näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamiseen ja hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämiseen liittyvistä tekijöistä sairaalaorganisaatiossa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää näyttöön perustuvan hoitotyön ja yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittämisessä potilaan hoidossa. Lisäksi tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitotyöntekijöiden ja lähiesimiesten koulutuksessa.



## 2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ

### 2.1 Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön liittyviä käsitteitä

Näyttöön perustuva hoitotyö (evidence-based nursing, EBN) tarkoittaa parhaan ja ajan tasalla olevan tiedon harkittua käyttöä potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa (Sackett–Rosenberg–Gray–Haynes–Richardson 1996, 71; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 53 - 54). Tiedon harkittu käyttö tarkoittaa hoitovaihtoehtojen hyötyjen ja haittojen arviointia kliinisen asiantuntemuksen ja yksittäisen potilaan tilanteen ja toivomusten perusteella (Elomaa–Mikkola 2010, 10). Näyttöön perustuvassa hoitotyössä yhdistetään paras ja ajantasainen tutkimustieto, kliininen asiantuntemus sekä potilaan tarpeet huomioiden toimintayksikön resurssit (Pearson 2005, 207; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 55, 58; Laaksonen ym. 2012, 44; Winters–Echeverri 2012, 49) ja lisäksi käytettyjen menetelmien tulee olla eettisesti hyväksyttäviä (Roine 1999). Näyttöön perustuvassa hoitotyössä käytetään pohjana tietoa hoitomenetelmien vaikuttavuudesta, mikä tarkoittaa, että pyritään välttämään sellaisten hoitomenetelmien käyttöä, joilla ei ole potilaan hoidossa mitään vaikutusta tai vaikutus on peräti haitallinen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003; Bauer 2010, 228; Elomaa–Mikkola 2010, 8; Omer 2012, 66). Hoitotyön vaikuttavuuden arvioinnissa käytetään kriteereinä potilaan klinisiä oireita, vaikutuksia päivittäisiin toimintoihin ja elämänlaatuun (Newhouse–Dearholt–Poe–Pugh–White 2007, 16 - 17). Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoitteena on myös kehittää sosiaali- ja terveysalan koulutusta sekä lisätä henkilöstön osaamista (Newhouse ym. 2007, 10; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 53 - 54).

Näyttöön perustuva toiminta (evidence-based practice, EBP) terveydenhuollossa sai alkunsa lääketieteestä 1970-luvulla, kun brittiläinen lääkäri Archie Cochrane huolestui hoidon pohjana käytetyn lääketieteellisen tiedon tasosta. Terveydenhuollossa käytettiin menetelmiä, joiden tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta ei ollut tieteellistä näyttöä. Perustettiin Cochrane-keskuksia, jotka asiantuntijavoimin alkoivat etsiä, käydä läpi ja arvioida lääketieteessä julkaistuja kliinistä hoitoa koskevia tutkimuksia. Tällöin vakiintui käsite näyttöön perustuva lääketiede (evidence-based medicine, EBM), joka tarkoittaa systemaattisesti kerätyn tutkimustiedon ja kliinisen asiantuntemuksen harkittua

yhdistämistä potilaan hoitoa koskevien päätösten teossa. (Sackett ym. 1996, 71 - 72; MacIntyre 2011, 564; Laaksonen ym. 2012, 44.)

Näyttöön perustuvaa hoitotyötä koskevassa kirjallisuudessa käytetään käsitteitä näyttöön perustuva käytäntö ja näyttöön perustuva toiminta, joiden merkityksestä tutkijoilla on osittain erilaisia näkemyksiä. Laaksonen ym. (2012, 44) mukaan näyttöön perustuvasta käytännöstä puhutaan silloin, kun asia koskee potilaan ja asiakkaan lisäksi myös muita hoitoon osallistuvia terveydenhuollon ammattiryhmiä. Scottin ja McSherryn (2008, 1085) mukaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä käytetään synonyyminä näyttöön perustuvalla toiminnalla. French (2002, 250 - 257) tutki näyttöön perustuvan toiminnan käsitettä kirjallisuuskatsauksen avulla ja hänen mukaansa käsite ei ole näin yksiselitteinen. Näyttöön perustuvaan toimintaan sisältyy tutkimukseen perustuva tieto, tiedon hallinnan prosessi, ammatillisen toiminnan kehittyminen, kliininen ongelmanratkaisu ja hoitomenetelmä.

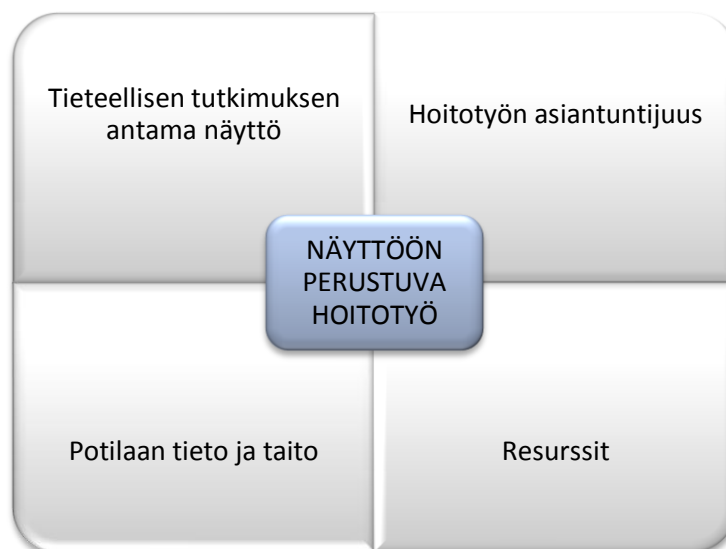
Tutkimusartikkeleissa käytetään usein käsitteitä tutkitun tiedon käyttö ja soveltaminen (research utilization ja research implementation) sekä tutkimukseen perustuva hoitotyön käytäntö (research-based practice). Peirson–Ciliska–Dobbins–Mowat (2012, 12 - 137) käyttävät termiä evidence informed decision making (EIDM), jolle ei ole vielä vakiintunutta suomennosta, mutta joka tarkoittaa päätöksentekoa, jonka taustalla on tutkimusnäyttö. Hoitotyöntekijän tutkitun tiedon käyttöä tarkastelevat Elomaa ja Mikkola (2010, 10 - 11) ammattitaidon ylläpitämisen, potilaan hoidon ja hoitotyön kehittämisen näkökulmista. Tutkimustiedon käyttö ammattitaidon ylläpitämisessä ja kehittämisessä tarkoittaa oman alan tiedon jatkuvaa seurantaa, potilashoidossa tutkitun tiedon käyttö tarkoittaa ratkaisun hakemista tutkimus- tai muun ulkoisen näytön perusteella todellisessa hoitotilanteessa esiin tulleeseen kysymykseen. Kolmas tutkimustiedon käytön tapa liittyy hoitotyön kehittämiseen, jolloin tutkimustietoa käytetään perustelemaan kehittämisen tarvetta ja tukemaan muutoksen toteuttamista. Useissa artikkeleissa näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja tutkitun tiedon käyttöä käytetään synonyymeinä, vaikka näyttöön perustuva hoitotyö on käsitteenä laajempi kuin tutkitun tiedon käyttö (Burns–Grove, 2001, 3 - 4). Tässä opinnäytetyössä käytetään termejä näyttöön pe-

rustuva toiminta ja näyttöön perustuva hoitotyö synonyymeinä ja tutkitun tiedon käyttö on osa näyttöön perustuvaa hoitotyötä.

Terveystieteidenhuollossa käytetään termiä asiakas tai potilas tarkoittamaan palvelun käyttäjää ja tässä opinnäytetyössä käytetään termiä potilas, kuten erikoissairaanhoidossa on yleensä tapana. Näyttöön perustuvan hoitotyön ja hoitosuosituksen käytäntöön viemiseen liitetään erilaisia termejä, muun muassa juurruttaminen, käyttöönotto (esim. Alanen 2012), toimeenpano (esim. Duodecim 2003) ja implementointi (esim. Breimaier ym. 2010). Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttaminen, joka tutkijan mielestä kuvaa suomen kielellä parhaiten kyseistä toimintaa.

## 2.2 Näyttöön perustuvan hoitotyön osa-alueet

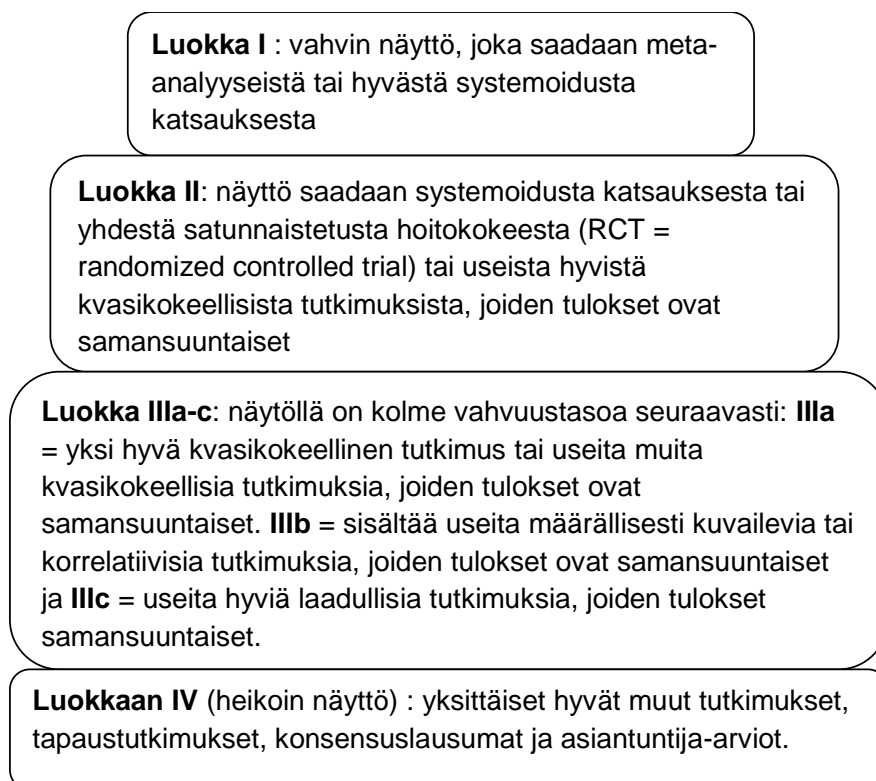
Näyttöön perustuvaa hoitotyötä kuvataan yleensä neljänä osa-alueena, jotka tarkoittavat päätöksenteossa käytettyjä eri tasoista ja eri lähteistä saatuja tietoja. Tiedon lähteitä ovat tieteellisen tutkimuksen antama näyttö, hoitotyön asiantuntemus, potilaan tiedot ja taidot sekä käytettävissä olevat resurssit. (Kuvio 1; Pearson 2005, 207 ; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)



Kuvio 1. Näyttöön perustuvan hoitotyön osa-alueet (ks. Pearson 2005 ; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012)

### *Tieteellisen tutkimuksen antama näyttö*

Tutkitun tiedon tasoa arvioidaan näytön astetta kuvailevilla luokituksilla, joissa yleensä on käytetty kriteereinä tutkimusasetelman vahvuutta, tutkimuksen laatua ja määrää, tutkimustulosten yhdenmukaisuutta, kliinistä merkittävyyttä ja sovellettavuutta (Elomaa–Mikkola 2010, 14). Hoitotyön kannalta merkittävimmät näytön asteet luokitukset löytyvät Hoitotyön Tutkimussäätiön laatimista suosituksista, Käypä hoito -suosituksista ja Sairaanhoidajaliiton käyttämästä luokituksista. Hoitotieteen Tutkimussäätiö luokittelee näytön astetta Joanna Briggs Instituutin kehittämän arviointimenetelmän mukaan, jossa ovat luokat A, B ja C. Luokka A tarkoittaa vahvaa tukea soveltamiselle, luokka B kohtalaista tukea soveltamiselle, jonka vuoksi soveltamista kannattaa harkita ja luokka C tarkoittaa, ettei se tue tutkimuksen soveltamista käytäntöön. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2012.) Käypä hoito -suosituksissa näytön astetta kuvataan kirjaimilla A, B, C ja D. Luokituksessa kirjain A kuvastaa vahvaa, B kohtalaista ja C niukkaa näyttöä ja luokkaan D ryhmitellään tutkimukset, jotka eivät täytä muiden luokkien vaatimuksia ja eivätkä tutkimukseen perustuvan näytön vaatimuksia (Käypä hoito 2012.) Sairaanhoidajaliiton "Näytöllä tuloksiin -hankkeessa" näytön aste on määritelty luokkiin I – IV (Sairaanhoidajaliitto 2004; 2012a; Kuvio 2).



Kuvio 2. Näytön asteet (Sairaanhoidajaliitto 2004 mukailtu; 2012a)

Tutkimustieto on käyttökelpoisinta tiivistetyssä muodossa, kuten hoitosuosituksissa ja järjestelmällisissä katsauksissa ja meta-analyyseissä. Järjestelmällinen katsaus on tutkimusmenetelmä, jossa tutkimusaineisto muodostuu yksittäisistä tutkimusartikkeleista ja järjestelmällisen katsauksen tavoitteena on tunnistaa, arvioida ja tehdä yhteenveto artikkeleista. (Leino-Kilpi–Lauri 2003, 9; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 55; Polit–Beck 2010, 5; Hovi–Saranto–Korhonen–Korhonen–Holopainen ym. 2011, 37; Korhonen ym. 2012, 40 - 42.) Meta-analyysi on tutkimusmenetelmä, jonka avulla pyritään johtamaan päätelmiä yhdistelemällä aiempia samaa asiaa käsitelleitä tutkimustuloksia ja tarkoituksena on saada aikaan synteesi, joka antaa tutkittavasta kysymyksestä vahvemman näytön kuin yksittäiset tutkimukset (Polit–Hungler 1993, 426).

Hoitotyön päätöksenteon tulee perustua aina tietoon ja mitä luotettavampaan tietoon hoito perustuu, sitä paremmin voidaan vastata potilaan hoidon tarpeisiin (Newhouse ym. 2007, 16; Elomaa–Mikkola 2010, 6; Forsman–Rudman–Gustavsson–Ehrenberg–Wallin 2012, 46). Luotettava ja ajantasainen tieto tarkoittaa yleensä tutkimustietoa, mutta sen puuttuessa voidaan käyttää myös muita tietolähteitä, kuten hyväksi havaittua toimintanäyttöä. Hyväksi havaittu toimintanäyttö tarkoittaa näyttöä, joka perustuu terveydenhuollon organisaatioissa laadunarviointi- tai kehittämistarkoituksessa kerättyyn tietoon. Kyseinen näyttö ei välttämättä kata tutkimustiedon tieteellisiä kriteereitä, mutta on kuitenkin systemaattisesti ja luotettavasti kerättyä. Esimerkkinä voidaan mainita tilastot, rekisterit, säännöllisesti kerätyt vertailu- ja laatutiedot, hyvin kuvatut asiakastapaukset sekä asiantuntijoiden konsensuslausumat. (Leino-Kilpi–Lauri 2003, 9; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 55; Polit–Beck 2010, 5; Hovi ym. 2011, 37; Korhonen ym. 2012, 40 - 42; Winters–Echeverri 2012, 49.)

#### *Potilaan tiedot ja taidot*

Näyttöön perustuvaan toimintaan on kohdistunut epäluuloja, koska sen on oletettu tarkoittavan jäykkää tutkimustiedon käyttöönottoa ilman potilaan tai hänen läheistensä tilanteen ja toiveiden huomioimista, mutta tämä pelko on aiheeton (Morris–Scott–Findlay–Estabrooks 2001, 578; Korhonen ym. 2012, 40 - 42), koska toimintaan kuuluu olennaisena osana potilaan toiveiden ja

valintojen huomiointi (Sackett ym. 1996, 72). Potilas on oman tilanteensa paras asiantuntija ja osallistuu päätöksentekoon itseään koskevissa asioissa (Perälä–Pelkonen 2012) ja monet potilaat ovat myös nykyisin tietoisia eri hoitovaihtoehtoista (Poe–White 2010, 4). Potilaalta saatu tieto perustuu hänen yksilöllisiin ja omakohtaisiin kokemuksiinsa terveydestä ja sairaudesta sekä terveydenhuollon eri organisaatioiden palveluista (Leino-Kilpi–Lauri 2003, 10). Tietoa potilaan tilanteesta ja toiveista saadaan myös hänen läheisiltään ja potilaalle tehtävistä tutkimuksista. Terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävänä on selvittää ja ottaa huomioon, mitä hoitoon liittyviä tavoitteita potilaalla on, tukea potilaan päätöksentekoa antamalla tietoa hoitovaihtoehtoista, hoidon vaikutuksista sekä itsehoidosta ja sen merkityksestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 55; Laaksonen ym. 2012, 46.) Terveydenhuollon ammattihenkilö tarkoittaa henkilöä, jolle sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto on myöntänyt oikeuden, luvan tai nimikesuojan harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä (Tepa -sanastokeskus 2012).

### *Hoitotyön asiantuntijuus*

Näyttöön perustuvassa toiminnassa huomioidaan hoitotyöntekijän yksilöllinen käytännön työssä saatu tieto, joka ilmenee kykynä yhdistää eri lähteistä saatua tietoa ja räätälöidä ratkaisut asiakaskohtaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 55). Kokemuksellinen tieto hoitotyössä merkitsee asiantuntemusta, jota voidaan sanoa myös hiljaiseksi tiedoksi, joka tarkoittaa, että hoitotyön ammattilainen tietää enemmän kuin hän osoittaa tietävänsä (Laaksonen ym. 2012, 44). Tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijä ja hoitotyön ammattilainen tarkoittavat sairaanhoitajaa.

Sairaanhoitaja on vastuussa ammattitaitonsa ja asiantuntijuutensa kehittämisestä. Hän toteuttaa, johtaa ja arvioi näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja vastaa tutkimukseen perustuvasta hoitotyön laadusta ja sen kehittämisestä. Sairaanhoitaja huolehtii ammatin sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämiseen osallistumisesta sekä näyttöön perustuvan hoitotyön edistämisestä. (Opetusministeriö 2006, 64; Sairaanhoitajaliitto 2012b.) Jokaisen hoitajan on tarpeellista tietää näyttöön perustuvan toiminnan periaatteet ja velvollisuus hankkia parasta mahdollista näyttöä ja yhdistää se potilaan hoitoon liittyvään päätöksentekoprosessiin (Newhouse ym. 2007, 10; Facciano–Snyder 2012,

579). Näyttöön perustuva toiminta toisaalta edellyttää, mutta myös vahvistaa hoitotyöntekijän ammatillista osaamista. Oman tietopääoman kartuttaminen, kokemusten saaminen päätöksenteosta ja päätösten vaikutuksista tukee asiantuntijuuden kasvua. Asiantuntijuuteen kasvu edellyttää arvioivaa suhdetta omaan toimintaan ja toiminnassa syntyvään kokemustietoon ja tämä edellyttää jatkuvaa tietojen päivittämistä. Näyttöön perustuva toiminta on yksi keino pitää tietoja ajan tasalla, vahvistaa kliinistä arviointia helpottaa päätöksentekoa potilaan hoidossa (Elomaa–Mikkola 2010, 11; Perälä–Pelkonen 2012; Sairaanhoitajaliitto 2012b.)

Hoitotyön kliininen osaaminen on tärkeä osa näyttöön perustuvaa hoitotyötä, mutta pelkästään kokemukseen perustuvan tiedon käyttöön hoitotyön päätöksenteossa liittyy kuitenkin rajoituksia. Alasen (2012, 100) mukaan kliininen asiantuntemus rakentuu kokemuksen myötä, joten sitä leimaa vahvasti yksilöllisyys ja tulkinnanvaraisuus. Siksi se ei voi yksistään olla pätevä peruste toiminnalle. Leino-Kilpi ja Lauri (2003, 9 - 10) toteavat, että hoitotilanteissa tehdyt ratkaisut ovat hoitotyön historiassa paljolti perustuneet kokemukseen. Hoitotyön ammattilaiset ovat tienneet itsestään selvästi, miten tulee toimia ja minkälainen toiminta tuottaa parhaan mahdollisen tuloksen. Tämänkaltaisen tieto voi siirtyä sellaisenaan sukupolvelta toiselle ilman, että sen vaikuttavuutta kyseenalaistetaan muuttuneissa olosuhteissa. Tällaisen tiedon käyttö ei perustu mihinkään tiedossa olevaan systemaattiseen kriteeriin, mutta sillä saattaa silti olla vaikuttavuutta.

### *Resurssit*

Näyttöön perustuvassa toiminnassa tulee ottaa huomioon myös työyksikön toimintaedellytykset, jotka tarkoittavat käytössä olevia menetelmiä ja mahdollisuuksia tehdä muutoksia asiakkaiden hoidossa ja työyksikön toiminnassa. Tieto työyksikön käytössä olevista voimavaroista eli resursseista sekä toimintaa ohjaavista arvoista ja edellytyksistä ovat läsnä jokaisessa päätöksessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 55; Perälä–Pelkonen 2012.)

### 3 HOITOTYÖN KÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISTÄMINEN

Hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen tavoitteena on, että potilas saa parasta mahdollista hoitoa hoitopaikasta riippumatta ja yhtenäisillä hoitokäytännöillä varmistetaan hoidon oikeudenmukaisuus. Hoidon tulee perustua tarpeeseen ja olla tasa-arvoista maan eri osissa ja eri sosioekonomisten ryhmien saatavilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 53, 54; Holopainen ym. 2010, 39.) Hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisen edellytyksenä on näyttöön perustuvien hoito- ja hoitotyön suositusten saatavuus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 31 - 59) ja näyttöön perustuvan toiminnan perusajatuksena onkin tutkitun tiedon tuottaminen tiivistettyyn muotoon, jotta se olisi nopeasti saatavilla ja sovellettavissa käytäntöön (Elomaa–Mikkola 2010, 7; Perälä–Pelkonen 2012). Tiivistettyä tutkimustietoa terveydenhuoltoon tuottavat Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Hoitotyön Tutkimussäätiö, Joanna Briggs Instituutti, Terveydenhuollon menetelmien arviointoyksikkö Finohta, Cochrane-keskus ja lisäksi on laadittu hoito-ohjelmia sekä hoito- ja palveluketjuja päätöksenteon tueksi.

Hoitosuositus (clinical guideline) on asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatima ja tieteellisesti perusteltu kannanotto tutkimus- ja hoitovaihtoehtojen vaikuttavuudesta. Hoitosuosituksissa yhdistyy tiivistetty tutkimustieto ja kliininen asiantuntemus. (Perälä–Pelkonen 2012; Alanen 2012, 100; Korhonen ym. 2012, 40 - 42; Leeman–Sandelowski 2012, 171.) Suomalainen Lääkäriseura Duodecim laatii yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa Käypä hoito -suosituksia, joissa käsitellään tärkeitä suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon ja ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä. Suosituksia laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöstölle ja kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi. Ensimmäinen Käypä hoito -suositus julkaistiin vuonna 1997 ja suosituksia on laadittu noin 100 syksyyn 2012 mennessä. (Käypä hoito 2012; Laaksonen ym. 2012, 42 - 43.) Hoitosuosituksukset ovat valtakunnallisia ohjeita, joita voidaan käyttää sellaisenaan ja paikallisten tai alueellisten hoito-ohjelmien, paikallisten hoitokäytäntöjen sekä hoitoketjujen laadinnassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 53, 54; Perälä–Pelkonen 2012) ja niiden tarkoituksena on parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen eroja (Lehtomäki 2009,1; Bahtsevani–Willman–Stolz–Östman 2010, 514 - 522).



Hoitotyön suositukset ovat hoitotyön asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimia ja tieteellisesti perusteltuja kannanottoja tutkimus- ja hoitovaihtoehtoihin, niiden käyttökelpoisuuteen ja vaikuttavuuteen. Hoitotyön suositusten tarkoituksena on antaa inhimillistä, oikein ajoitettua, oikeaa ja vaikuttavaa hoitoa potilaalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 53, 54; Korhonen ym. 2012, 40 - 42; Korhonen–Jylhä 2012, 98; Laaksonen ym. 2012, 44; Vähäkangas 2012, 97.) Hoitotyön suosituksissa kuvataan esimerkiksi terveyden edistämisen, terveysongelmien ehkäisyn, tunnistamisen, hoidon, seurannan tai kuntoutuksen erilaisia vaihtoehtoja, niiden käyttökelpoisuutta ja vaikuttavuutta. (Perälä–Pelkonen 2012). Suomenkielisiä hoitotyön suosituksia on julkaissut Hoitotyön Tutkimussäätiö (Hotus) vuodesta 2008 alkaen. Joanna Briggs Instituutti (JBI) on australialainen organisaatio, joka julkaisee kansainvälisiä hoitotyön suosituksia ja Hoitotyön Tutkimussäätiö on organisoinut niiden kääntämistä suomen kielelle vuodesta 2011 lähtien. Suomenkielisiä hoitotyön suosituksia on julkaistu tällä hetkellä neljä ja valmisteilla on viisi suositusta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 22.10.2012; Korhonen–Jylhä 2012, 98.)

Terveystieteiden tutkimuskeskus (Finnish Office for Health Technology) tukee ja koordinoi terveydenhuollon menetelmien arviointia Suomessa ja välittää kotimaassa ja ulkomailla tuotettua arviointitietoa ja kokemuksia koko terveydenhuoltojärjestelmälle. Finnin tavoitteena on edistää hyvien ja tieteelliseen näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä Suomen terveydenhuollossa ja siten kehittää terveydenhuollon tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen menetelmiä ovat kaikki terveydenhuollon käytössä olevat lääkkeet, laitteet, toimenpiteet ja hallinnolliset tukijärjestelmät. Finnin toimii Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksessa, Menetelmien ja käytäntöjen arviointikeskuksessa. (Partanen–Perälä 1997; Finnin 2012.) Hoitotyön menetelmillä tarkoitetaan menetelmiä, joita hoitotyön henkilöstö pääasiassa käyttää ja joiden tarkoituksena on auttaa ihmistä edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa tai auttaa ihmistä kuoleman lähestyessä. Hoitotyössä käytetään myös menetelmiä, jotka liittyvät lääkkeisiin, laitteisiin ja toimenpiteisiin, kuten lääkkeiden anto, potilaan hengityskonehoidon toteutus ja leikkauksessa avustaminen tai haavan hoito. Apuvälineet, joita käytetään potilaiden toimintakyvyn mahdollistamisessa, ovat osa hoitotyön menetelmiä. (Finnin 2012.)

The Cochrane Collaboration on kansainvälinen, sitoutumaton ja voittoa tuottamaton organisaatio, joka toimii yli sadassa maassa, myös Suomessa. Organisaatio tuottaa, päivittää ja välittää näyttöön perustuvaa ja tiivistettyä tietoa terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta. (Finnish Branch of the Nordic Cochrane Centre 2012; The Cochrane Collaboration 2012.)

Terveydenhuollon käytäntöjen yhtenäistämiseksi on laadittu hoito-ohjelmia sekä hoito- ja palveluketjuja. Valtakunnallinen hoito-ohjelma, esimerkiksi Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma, ottaa kantaa hoidon porrastukseen ja se voi perustua näyttöön ja hoitosuositukseen tai asiantuntijalausuntoon (Duodecim 2003, 7). Hoito-ohjelma on suositukseen perustuva paikallinen tai alueellinen kannanotto hoitopäätöksen tueksi (Laaksonen ym. 2012, 43; Lääkärikirja 2012). Hoitoketju on kirjattu suunnitelma hoidonporrastuksesta sairaanhoitopiiriin sisällä ja se keskittyy eri portaiden väliseen työnjakoon potilaan hoidossa. Hoitoketjujen laadinnassa on pohjana valtakunnallinen hoitosuositus. (Nuutinen 2000.) Hoitoketjua laajempi käsite on palveluketju, joka viittaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiin palveluihin ja sillä tarkoitetaan asiakkaan tiettyyn palvelutarpeeseen kohdistuvaa suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutuvaa palvelujen kokonaisuutta (Tepa - sanastokeskus 2012) ja palveluketjujen laadinnassa hyödynnetään moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillisessa yhteistyöryhmässä käytetään eri ammattiryhmien tai -alojen asiantuntemusta (Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjusanasto 2012). Palveluketju ei ole vakiintunut käsite terveydenhuollossa, joten tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä hoitoketju. Hoitoketjuja laativat pääsääntöisesti lääkärit (ks. Käypä hoito -suositukset 2012).

#### 4 NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN HOITOTYÖN JA YHTENÄISTEN KÄYTÄNTÖJEN TOTEUTTAMISEEN LIITTYVIÄ TEKIJÖITÄ

Näyttöön perustuvaa hoitotyötä koskevat tutkimukset ovat pääosin tarkastelleet tutkitun tiedon hyödyntämiseen liittyviä esteitä ja edellytyksiä (Häggman-Laitila 2012, 20) ja uusimmat tutkimukset ovat kohdistuneet hoitosuositusten käyttöönottoon liittyviin tekijöihin. Aiempien tutkimusten perusteella näyttöön perustuvan hoitotyön ja yhteisten käytäntöjen toteuttamiseen vaikuttavat tekijät liittyvät henkilöstön osaamiseen, toimintaympäristöön, hoitotyön johtajien antamaan tukeen, asiantuntijatoimintaan ja potilaaseen sekä hoitosuositukseen.

##### *Henkilöstön osaaminen*

Näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamisen merkittävä este liittyy tutkimusten mukaan työntekijöiden tietoihin ja taitoihin. Työntekijät eivät ole tietoisia tutkimusten olemassaolosta ja monet tutkimukset on julkaistu englannin kielellä, joka vaikeuttaa niiden ymmärtämistä (Gulseren ym. 2009, 1908 - 1918; Daiheim ym. 2012, 367; Omer 2012, 66 - 73). Tutkimustulosten vaikutukset käytäntöön, tutkimusten laatu ja sovellettavuus ovat työntekijöiden mukaan epäselviä. Myös tutkitun tiedon vaikutus potilaaseen ja toiminnasta saatava palaute vaikuttavat näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönottoon (French 2005, 235 - 243). Hoitotyöntekijöillä ei ole myöskään usein tietoa siitä, mitä näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa (Scott–McSherry 2008, 1085) ja kiinnostuksen puute voi olla myös esteenä tutkitun tiedon käyttöönotolle (Breimaier ym. 2010, 1744). Nickerson ja Thurkettle (2012, 1 - 8) lähestyivät tutkitun tiedon ja näyttöön perustuvan toiminnan käyttöä aikuisten kognitiivisen kehittymisen teorian kautta. Teorian mukaan yksilön kognitiivinen eli tiedollinen kypsyys edisti näyttöön perustuvaan toimintaan sitoutumista, mutta tutkitun tiedon kriittinen arviointi oli sairaanhoitajilla tutkimuksen mukaan toisinaan puutteellista. Myös Frenchin (2003, 125 - 134) tutkimuksen mukaan tutkitun tiedon tunnistaminen, arviointi ja käyttöönotto vaativat työntekijältä kognitiivisia taitoja. Alasen mukaan (2012, 100) työntekijään liittyvistä tekijöistä keskeistä on, että uuden tiedon ja uusien toimintatapojen omaksuminen tapahtuu yleensä eri tahtiin. Hoitosuositusten käyttöönotossa tarvitaan sekä innostuneita muutoksen tekijöitä että kriittisiä kannanottoja, jotta uusien toi-

mintatapojen vaikutukset tulee pohdittua jo ennakolta. Hoitosuositusten käyttöönotossa työntekijän näkökulmasta on olennaista tiedon saanti (Perälä–Pelkonen 2012) ja Internet on tärkeä linkki tieteen ja käytännön työn välillä (Morris ym. 2001, 578).

Sairaanhoitajaopiskelijoiden näyttöön perustuvan hoitotyön opetusta ja vastavalmistuneiden hoitajien tutkitun tiedon käyttöä tutkivat Forsman ym. (2012, 7 - 46) ja tulosten mukaan näyttöön perustuva hoitotyö korostui sairaanhoitajien koulutuksessa nykyään, mutta sen käyttö oli vähäistä valmistumisen jälkeen työelämässä. Näyttöön perustuvan hoitotyön vähäiseen käyttöön vaikuttivat työskentely psykiatrian yksikössä, työn haasteettomuus, mies-sukupuoli ja heikko aktiivisuus opiskelussa. Wallin–Gustavsson–Ehrenberg–Rudman (2012, 7 - 19) totesivat tutkimuksessaan, että vastavalmistuneet hoitajat kykenivät hyödyntämään tutkimustuloksia työssään vasta yli kahden vuoden työkokemuksen jälkeen. Heikkilä tutki väitöskirjassaan (2005, 3) ammattikorkeakoulusta valmistuvien hoitotyön opiskelijoiden tutkitun tiedon käyttöä ja tulosten mukaan tutkitun tiedon käytön opetusta oli koulutuksessa ollut melko paljon ja opiskelijat suhtautuivat melko myönteisesti sen käyttöön, mutta tutkitun tiedon käyttöön liittyvät taidot olivat suurimmalla osalla sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoista tyydyttävät tai heikot. Gerrish–Ashworth–Lacey–Bailey vertailivat tutkimuksessaan (2007, 62 - 72) nuorten ja iäkkäämpien hoitajien tutkimustiedon hakemista ja tulosten mukaan iäkkäämmät hoitajat olivat aktiivisempia kuin nuoret hoitajat.

Koulutuksen merkitys näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä on tärkeä ja sen puute voi estää tutkimustulosten lukemisen ja uusien työtapojen soveltamisen (Oranta ym. 2001, 33; Gulseren ym. 2009, 1908 - 1918; Elo-maa–Mikkola 2010, 7; Daiheim ym. 2012, 367; Omer 2012, 66 - 73). Staffile-no ja Carlson (2009, 84 - 89) totesivat artikkelissaan, että näyttöön perustuvaan toimintaan liittyvään koulutusohjelmaan osallistuminen lisäsi sen toteuttamista ja myös hoitajien itsevarmuutta kehittää hoitotyötä perinteisestä hoidosta kohti näyttöön perustuvaa toimintaa. Osaamista tulisikin kehittää koulutuksen avulla (Hätönen 2012, 98; Nickerson–Thurkettle 2012, 1 - 8; Ub-bink ym. 2012, 367). Wallen ym. (2010, 2761) tutkivat mentorointi- ohjelman vaikutusta hoitotyön johtajien ja henkilökunnan työhön ja tutkimuksessa to-

dettiin, että mentoreiden toiminnalla oli myönteinen vaikutus näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotossa. Sosiaali- ja terveysministeriön (2009, 58) mukaan koulutus luo valmiudet näyttöön perustuvan toiminnan johtamiseen, toimintaan asiakastyössä sekä tiedon tuottamiseen ja tiivistämiseen. Näyttöön perustuvan toiminnan käynnistämisen edellytyksenä on henkilöstölle ja heidän johtajilleen suunnattu järjestelmällinen toimipaikka- ja täydennyskoulutus. Nikkilän ja Paasivaaran mukaan (2008, 75) osaamisen varmistamiseen on kiinnitettävä huomiota arjen johtajuudessa. Työyksiköissä työntekijöitä tulee kannustaa koulutukseen ja työyhteisön tulee osallistua mahdollisuuksiensa mukaan kehittämishankkeisiin. Työntekijöiden osaamista hyödynnetään etsimällä heille erilaisia tehtäviä ja työntekijöitä kannustetaan pitämään yllä ammattitaitoaan.

#### *Toimintaympäristöön liittyvät tekijät*

Hoitotyötä tehdään erilaisissa toimintaympäristöissä, jotka voivat joko edistää tai rajoittaa näyttöön perustuvan toiminnan ja hoitosuositusten käyttöönottoa. Oleellisia asioita ovat toiminnan rakenteisiin ja organisointiin liittyvät asiat, aineelliset voimavarat, organisaation johtamismallit, työ- ja toimintayksikön toimintakulttuuriin liittyvät tekijät ja käytettävissä olevat henkilöstöresurssit. (Leino-Kilpi–Lauri 2003; 16 - 17; Perälä–Pelkonen 2012.) Organisaatioon liittyviä tekijöitä ovat selvä visio ja vahva johtajuus, riittävä työvoima ja taitojen kehittäminen, tutkimusten saatavuus, taloudelliset investoinnit, teknologiset resurssit, tiedon johtamisen strategia, tehokas kommunikointi, kunnioittava organisaatiokulttuuri ja muutokseen johtamiseen keskittyminen (Peirson ym. 2012, 137). Organisaation rutiinien ymmärtäminen ja henkilökunnan arvostaminen (Cranley–Birdsell–Norton–Morgan–Estabrooks 2012, 90) ja organisaation rakenteen merkitys ovat tärkeitä hoitosuositusten käyttöönotossa ja hoito- ja toimintakäytäntöjen yhdenmukaistamisessa (Lehtomäki 2009, 1). Työyhteisöissä on myös eroja hoitosuositusten käyttöönotossa, pienissä ja kiinteissä työyhteisöissä käyttöönotto tapahtuu helpommin kuin suurissa ja kankeissa organisaatioissa (Alanen 2012, 100).

Toimintaympäristöön liittyväksi tekijäksi voidaan katsoa myös ajan puute, joka mainitaan monissa tutkimuksissa esteenä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä (Oranta ym. 2001, 33; Gulseren ym. 2009, 1908 - 1918;

Breimaier ym. 2010, 1744; Elomaa–Mikkola 2010, 7; Omer 2012, 66 - 73; Ubbink ym. 2012, 367) ja myös yhteistyön puute lääkäreiden kanssa estää tutkimusten soveltamisen käytäntöön (Oranta ym. 2001, 33).

### *Hoitotyön johtajien tuki*

Hoitotyön johtajien, joilla tarkoitetaan tässä yhteydessä osastonhoitajia ja ylihoitajia, rooli on merkittävä hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämässä. Hoitotyön johtajien yhtenä keskeisenä tehtävänä on luoda toimintakulttuuri, joka voimaannuttaa henkilöstöä ja kannustaa oman ammattitaidon, oman työn ja työyksikön toiminnan kehittämiseen ja tarjoaa työntekijöille mahdollisuuden osaamisen ja hoitotyön kehittämiseen ja tarjoaa inhimillisiä, teknisiä ja taloudellisia resursseja kehittämiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 31 - 59; Holopainen ym. 2010, 38 - 45; Korhonen ym. 2012, 17; Poe–White 2010, 7). Hoitotyön johtajien suhtautuminen ja tuki korostuu näyttöön perustuvan toiminnan näkymisenä ja ohjeistamisena toimintasuunnitelmissa (Leino-Kilpi–Lauri 2003, 16 - 17; Perälä–Pelkonen 2012) ja henkilökunnan motivointina (Ubbink ym. 2011, 87 - 94). Hoitotyön johtajan tehtävänä on kehittää hoitotyön aseman vahvistumista toimintaorganisaatiossa sekä informoida muita terveydenhuollon ammattiryhmiä hoitotyön mahdollisuuksista vaikuttaa potilaan hoidon tuloksien paranemiseen (Leino-Kilpi–Lauri 2003, 17).

Tieteellisen tiedon käytön edellytyksenä on, että lähijohtaja toimii hoitokulttuurin uudistamistarpeiden mukaisesti, johtaa työyhteisön kehittämistä ja mahdollistaa uuden tiedon saatavuuden. Lähijohtaja toimii hoitohenkilökunnalle esimerkkinä tieteellisen tiedon käytössä ja seuraa oman alansa uusinta tieteellistä tietoa ja hänellä tulee olla myös muutosprosessien johtamisosaamista, valmiuksia tunnistaa henkilökunnan muutosvastarinta ja tukea muutokset valmiuksien kehittämistä. (Kent–McCormack 2011, 3; Laaksonen ym. 2012, 45 - 46.) Hoitotyön johtajien ja toimintayksiköiden tulee olla sitoutuneita edistämään näyttöön perustuvaa toimintaa käytännössä ja hoitotyön johtajan vastuulla on huolehtia, että tiivistettyä tutkimusnäyttöä on saatavilla. Hoitotyön johtajan vastuulla on tunnistaa toiminta- ja työyksikössä tarvittava näyttöön perustuvan hoitotyön edellyttämä asiantuntijuus ja sen vahvistaminen, joka edellyttää perehdytys- ja täydennyskoulutuskäytäntöjen luomista yhdessä koulutus- ja tutkimusorganisaatioiden kanssa. (Holopainen ym.

2010, 38 - 45.) Bahtsevani ym. (2010, 514 - 522) korostavat, että hoitosuosittelusten käyttöönotossa on tärkeää ottaa koko henkilökunta mukaan ja palautteen antaminen henkilökunnalle ja johdolle on merkityksellistä.

### *Asiantuntijatoiminta*

Näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamista voidaan edesauttaa perustamalla hoitotyön asiantuntijatehtäviä (Hätönen 2012, 98). Asiantuntijoista käytetään erilaisia nimityksiä, esimerkiksi hoitotyön konsultti, mentori, kliininen opettaja ja asiantuntijahoitaja ja heidän tehtäviään sekä tehtävässä tarvittavia ominaisuuksia kuvataan tutkimusartikkeleissa seuraavasti. Hoitotyön konsultti (Clinical Nurse Research Consultant) voi edesauttaa tutkimustiedon siirtämisestä käytäntöön (Currey–Considine–Khaw 2011, 2275), lisätä tutkimusnäytön käyttöä, luoda tutkimuksiin otollinen ilmapiiri ja auttaa henkilökuntaa lukemaan tutkimuksia (Chummun ja Tiran 2007, 327). Mentoreiden (Wallen ym. (2010, 2761) ja kliinisten opettajien (Gale–Schaffer 2009, 91 - 97) todettiin vaikuttavan myönteisesti hoitajien asenteisiin näyttöön perustuvaa toimintaa kohtaan. Näyttöön perustuvan hoitotyötä edistävän asiantuntijahoitajan tulisi omata tiettyjä ominaisuuksia, kuten kliininen uskottavuus, hyvät yhteistyökyvyt, itsenäisyys ja hyvät johtamistaidot, jotta hän voi edesauttaa näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamista (Gerrish ym. 2012, 30 - 39). Asiantuntijahoitajalla tulisi olla hyvät vuorovaikutustaidot, asema, jossa hän nauttii lääkäreiden luottamusta sekä mahdollisuus hoitaa yhteyksiä eri osapuoliin (Rycloft-Malone 2004, 913 - 924).

### *Potilaaseen ja suositukseen liittyvät tekijät*

Hoitosuosittelusten käyttöönotossa osa tekijöistä liittyy potilaaseen ja näistä keskeisimpiä ovat kohderyhmän yleisyys, hoidon mahdolliset ongelmat ja potilaiden oma tietämys ja aktiivisuus hoidon toteutuksessa (Alanen 2012, 100). Näyttöön perustuvat yhtenäiset käytännöt auttavat potilaita ja heidän läheisiään saamaan luotettavaa tietoa, jotta he voivat olla aktiivisia osallistujia ja päätöksentekijöitä omassa hoidossaan. Keskeistä heidän näkökulmastaan on tiedon saaminen suosituksista, taito toimia suositusten mukaan ja hoitoperiaatteisiin sitoutuminen. (Korhonen ym. 2012, 43; Perälä–Pelkonen 2012.) Hoitosuositukseseen liittyviä tekijöitä ovat suositukseen liittyvä hyöty, tiedon yhteensopivuus aiemman tietoperustan kanssa ja kyseisen tiedon

kompleksisuus, toimintatavan testattavuus sekä sen muovattavuus organisaation tarpeisiin sekä toiminnan vaikutusten havaittavuus. (Alanen 2012, 100)

*Toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi*

Näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamiseen käytännössä on kehitetty erilaisia käsitteellisiä malleja (esim. Titler ym. 2001, 497-509; Levin–Lunney–Krainovich-Miller 2004, 114 - 122), jotka ovat kuitenkin olleet useimmiten hankalasti sovellettavissa käytäntöön (Holopainen ym. 2012, 39). Hoitotyön Tutkimussäätiössä on kehitetty toimintamalli, jonka kehittämisessä on huomioitu sosiaali- ja terveysministeriön hoitotyön kansallinen toimintaohjelma (Holopainen ym. 2010, 38 - 45) ja toimintamalli on siten sovellettavissa suomalaiseseen terveydenhuoltojärjestelmään. Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmassa 2009 - 2011 on määritelty vastuut näytön tuottamisesta ja toiminnan kehittämisestä sekä tukirakenteet käytäntöjen yhtenäistämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 31 - 59.) Hoitotyön Tutkimussäätiön toimintamallissa kuvataan eri tahojen vastuut tiedon tuottamiselle ja välittämiseksi, käytäntöjen yhtenäistämiseksi sekä osaamisen varmentamiselle ja se, miten tiivistetyn tutkimusnäytön avulla luodaan yhtenäinen käytäntö toiminta- ja työyksiköihin. Hoitotyöntekijän vastuulla on muun muassa tiedon välittämiseen luotujen kanavien seuranta, yhtenäisten käytäntöjen sisäistäminen ja toimiminen niiden mukaan, hoidon vaikutusten arviointi, oman asiantuntijuuden ylläpitäminen ja kehittäminen. Alueelliseen tasoon kuuluvat erityisvastuualueiden terveydenhuollon toimijat ja kansalliseen tasoon kuuluvat esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Hoitotyön Tutkimussäätiö ja tutkimuskeskukset. Toiminta- ja työyksikön taso voi käsittää koko organisaation, tietyn vastuualueen tai yksittäisen työyksikön ja hoitotyön johtajat ja klinisen hoitotyön asiantuntijat vastaavat toiminta- ja työyksikön käytäntöjen yhtenäistämisestä. (Holopainen ym. 2010, 38 - 45.) Toimintamalli löytyy muun muassa Hoitotyön Tutkimussäätiön nettisivuilta ([www.hotus.fi](http://www.hotus.fi)).



## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata osastonhoitajien käsityksiä näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamiseen ja hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämiseen liittyvistä tekijöistä sairaalaorganisaatiossa.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Millaisia käsityksiä osastonhoitajilla on näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamisesta?
2. Millaisia käsityksiä osastonhoitajilla on hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisestä?

## 6 TUTKIMUSMETODI JA ANALYYSI

### 6.1 Fokusryhmähaastattelu

Tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen eli kvalitatiivinen. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, joka auttaa ilmiön tai asian syvässä ymmärtämisessä ja paljastaa merkityksiä, joita ihmiset toiminnalleen antavat (Vilkkä 2005, 49, 50; Hirsjärvi–Hurme 2009, 59; Kvale–Brinkmann 2009, 1; Hennink–Hutter–Bailey 2011, 10). Valitsin laadulliseen lähestymistavan tutkimukseen, koska aikaisempia tutkimuksia osastonhoitajien käsityksistä hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisestä on vähän ja tutkimusorganisaatioissa ei ole tehty näyttöön perustuvaan hoitotyöhön liittyviä tutkimuksia aiemmin.

Tutkimuksen aineiston keräsin kahdella fokusryhmähaastattelulla (focus group interview), josta käytetään myös termejä kohdennettu haastattelu ja täsmäryhmähaastattelu. Fokusryhmähaastattelu tapahtuu valikoidussa ryhmässä, jonka koko on yleensä 4 - 10 henkilöä. (Eskola–Vastamäki 2001, 24; Mäntyranta–Kaila 2008, 1507; Hennink ym. 2011, 136.) Haastattelun etuna on, että sen aikana on mahdollista selventää ja syventää saatavia vastauksia ja se on tehokas tiedonkeruun muoto, koska samalla saadaan tietoja usealta henkilöltä yhtä aikaa. Ryhmähaastattelu tulee myös halvemmaksi kuin saman määrän haastattelu yksilöhaastatteluna. (Hirsjärvi–Hurme 2009, 35, 63; Hirsjärvi–Remes–Sajavaara 2009, 210; Hennink ym. 2011, 136.) Fokusryhmähaastattelu oli mielestäni paras tapa saada tietoja, jotka antavat vastauksen tutkimustehtäviin.

Fokusryhmähaastattelussa käytetään ennalta laadittua haastattelurunkoa, joka koostuu tutkimusaihetta käsittelevistä teemoista. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa, jolloin haastattelusta käytetään myös nimitystä puolistrukturoitu menetelmä. Puolistrukturoitu tarkoittaa sitä, että teema-alueet ovat haastatteluissa samat, mutta niistä puuttuvat strukturoidulle haastattelulle ominainen piirre, kysymysten tarkka muoto ja järjestys. (Eskola–Vastamäki 2001, 24; Vilkkä 2005, 101; Mäntyranta–Kaila 2008, 1507; Hirsjärvi–Hurme 2009, 11 - 62; Kvale–Brinkmann 2009, 3; Tiittula–Ruusuvuori 2009, 11, 23.) Teemat ovat

varsin pelkistettyjä luetteloita, jotka toimivat haastattelijan muistilistana haastattelutilanteessa ja teema-alueita voidaan tarkentaa ja syventää sekä tutkijan että haastateltavien esittämällä kysymyksillä. Tutkijan valitsemien teema-alueiden tulisi olla niin väljiä, että se moninainen rikkaus, joka tutkittavaan ilmiöön liittyy, paljastuu mahdollisimman hyvin. (Hirsjärvi–Hurme 2009, 66 - 67.)

Esihaastattelujen tarkoituksena on testata haastattelurunkoa, aihepiirien järjestystä ja hypoteettisten kysymysten muotoilua. Koehaastattelujen jälkeen näitä voidaan vielä muuttaa. Esihaastattelut tulisi tehdä perusjoukkoon, mutta ei otokseen kuuluville henkilöille. (Hirsjärvi ym. 2009, 211; Hirsjärvi–Hurme 2009, 66 - 67.) Tässä tutkimuksessa laadin alustavat teemat käyttäen perusteena aiempia tutkimuksia ja muodostamiani tutkimustehtäviä. Tein esihaastattelut syyskuussa 2012 noin viikon välein neljälle henkilölle erikseen käytännön järjestelyjen vuoksi. Esihaastattelujen välissä muokkasin teema-alueita enemmän tutkimustehtäviä vastaaviksi ja poistin vastauksia liiaksi ohjailevat teemat. Koska kolme ensimmäistä haastateltavaa eivät olleet esimiestehtävissä, päätin tehdä vielä yhden koehaastattelun, jonka kohteena oli hoitotyön esimies. Tämän koehaastattelun jälkeen totesin teemojen (liite 1) olevan tutkimustehtävien kannalta käyttökelpoisia. Lisäksi tein varalle tarkentavia apukysymyksiä haastattelun etenemisen varmistamiseksi. Eskolan ja Vastamäen (2001, 36) mukaan teemarungon voi ajatella sisältävän kolmentasoisia teemoja. Ylimmällä tasolla ovat laajat teemat, lähinnä aihepiirit, joista on tarkoitus keskustella. Toisella tasolla on teemaa tarkentavia apukysymyksiä, joilla varsinaista teemaa voi pilkkoa pienemmiksi ja ehkä helpommin vastattaviksi kysymyksiksi. Kolmannella tasolla ovat hyvin yksityiskohtaiset kysymykset, joka otetaan käyttöön vain silloin, jos aiemmat kysymykset eivät ole tuottaneet vastausta.

Haastattelijasta käytetään fokusryhmähaastatteluissa erilaisia nimityksiä, kuten ryhmän vetäjä, moderaattori ja fasiliaattori. Hänen tehtävänsä on virittää otollinen ilmapiiri, rohkaista osallistujia keskustelemaan keskenään ja huolehtia siitä, että keskustelu pysyy valituissa teemoissa ja että kaikki etukäteen päätetyt teema-alueet käydään läpi. Haastattelijan pyrkimyksenä on saada selville, miten vastaajat jonkin asiaintilan merkitykset rakentavat ja haastatte-

lussa luodaan myös uusia ja yhteisiä merkityksiä. Haastatteluvastaus heijastaa aina myös haastattelijan läsnäoloa ja hänen tapaansa kysyä asioita samoin kuin edeltäviä kysymyksiä ja vastauksia. (Eskola–Vastamäki 2001, 27; Valtonen 2005, 223; Hirsjärvi–Hurme 2009, 49.)

Haastattelijalta vaaditaan kokemusta ja taitoa, jotta aineiston keruuta voitaisiin säädellä joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. Haastattelu on huomattavasti vaativampi aineistonkeruun menetelmä kuin esimerkiksi kyselylomake ja lisäksi haastattelu vie aikaa, haastateltavien etsiminen, haastattelusta sopiminen, haastattelun toteutus ja vapaamuotoisen haastatteluaineiston litterointi vievät aikaa. Haastattelu voi sisältää monia virhelähteitä, jotka voivat johtua sekä haastattelijasta että haastateltavasta. (Hirsjärvi–Hurme 2009, 11.) Minulla ei ollut aiempaa kokemusta haastattelijana olemisesta, mutta koehaastattelut antoivat varmuutta haastattelun tekemiseen. Ryhmähaastattelun erikoispiirteet eivät tulleet koehaastatteluisissa esille, mutta nähdäkseni siitä ei ollut haittaa varsinaisessa haastattelutilanteessa.

## 6.2 Haastateltavien valinta

Haastateltavat olivat keskussairaaloiden osastonhoitajia, joista käytän tutkimusraportissa myös termejä haastateltava, vastaaja ja osallistuja. Tuomen ja Sarajärven (2009, 85 - 86) mukaan henkilöillä, joilta tietoa kerätään, tulisi olla ilmiöstä mahdollisimman paljon tietoa tai heillä tulisi olla kokemusta asiasta. Osastonhoitajat valikoituivat osallistujiksi tutkimussuunnitelman alkuvaiheessa, koska uskoin heillä esimiehinä olevan sellaista tietoa hoitotyön kehittämisestä, joka auttaa ymmärtämään tutkittavaa aihetta syvällisesti ja tuottamaan siitä uutta tietoa ja sosiaali- ja terveysministeriön (2009, 31 - 59) mukaan hoitotyön johtajat ovat näyttöön perustuvan toiminnan ja yhtenäisten käytäntöjen leviämisessä avainasemassa. Muut hoitotyön johtajat rajasin pois tutkimuksesta, koska halusin saada asemaltaan mahdollisimman yhtenäisen ryhmän haastateltavaksi. Hyvärisen ja Löyttyniemen (2005, 229) mukaan ryhmän jäsenten tulisi jossain mielessä edustaa "samaa", jotta heillä olisi jonkinlainen yhteinen pohja ja myös intressi keskustella aiheesta toistensa kanssa. Lisäksi osastonhoitajien määrä molemmissa keskussairaaloissa

oli riittävä ryhmähaastattelun toteuttamiseen. Valitsin haastateltavia kahdesta keskussairaalaista kattavan aineiston saamiseksi ja tutkittavien anonymiteetin takaamiseksi. Tutkimuksen kohdejoukko valittiin siis tarkoituksenmukaisesti eli käytin niin sanottua harkinnanvaraista otosta (Hirsjärvi ym. 2009, 59, 164; Tuomi–Sarajärvi 2009, 85).

Lähestyin haastateltavia elokuun puolivälissä 2012 sähköpostilla, jossa oli liitteenä tutkimuksen saatekirje (liite 2). Saatekirjeessä tuli esille tutkimukseen osallistumisen tärkeys ja tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja aineiston keruumenetelmä sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden salassa pysyminen. Saatekirjeestä ilmeni, että tarkoituksena ei ole vertailla eri sairaaloiden osastonhoitajien käsityksiä ja että haastatteluun ei tarvitse mitenkään erityisesti valmistautua. Tällä pyrin madaltamaan haastatteluun osallistumisen kynnystä. Pyysin haastattelusta kiinnostuneita ottamaan yhteyttä joko vastaamalla sähköpostiin tai puhelimitse ja ehdotin ottamaan yhteyttä myös siinä tapauksessa, että heillä olisi jotain epäselvää tutkimukseen liittyen. Näin halusin hälventää mahdollisia epäluuloja tutkimusta kohtaan. Yhteystietoni löytyivät sähköpostiviestistä ja saatekirjeestä.

Lähetin sähköpostin kaikille konservatiivisen, operatiivisen ja psykiatrisen hoidon tulosalueen osastojen ja poliklinikoiden osastonhoitajille. Psykiatriset hoitoyksiköt, jotka sijaitsevat keskussairaaloiden ulkopuolella, rajasin tutkimuksen ulkopuolelle pitkän välimatkan vuoksi. Sähköpostini sai yhteensä 38 osastonhoitajaa. Toisessa keskussairaalaissa saatekirjeen välitti ylihoitaja, koska minulla ei ollut osastonhoitajien yhteystietoja käytettävissä sillä hetkellä. Pyysin antamaan vastauksen haastattelupyyntöön noin kolmen viikon kuluessa ja kahden viikon kuluttua muistutin heitä tutkimukseen osallistumisesta. Määräpäivään mennessä 14 osastonhoitajaa lupasi osallistua tutkimukseen ja kolme osastonhoitajaa ilmoitti, ettei halunnut osallistua haastatteluun tai osallistuminen oli mahdotonta. Koska toisessa keskussairaalaissa vastaajien määrä oli vähäinen (kolme kappaletta), lähetin vielä yhden muistutuksen tutkimukseen osallistumisesta, jonka jälkeen yksi osastonhoitaja ilmoitti, että voi osallistua tutkimukseen ja kaksi osastonhoitajaa kieltäytyi. Muut eivät vastanneet yhteydenottopyyntöön.

Yhteisen, kaikille sopivan haastatteluajankohdan löytäminen heidän työaikaan oli hieman haasteellista. Muutamien sähköpostiviestien jälkeen sain sovittua mahdollisimman monelle sopivan ajankohdan. Yksi osallistuja joutui perumaan haastattelun viime hetkellä työkiireiden vuoksi. Lopulta toiseen ryhmähaastatteluun osallistui viisi ja toiseen haastatteluun kaksi osastonhoitajaa. Tämä haastattelu muodostui siis parihaastatteluksi, jonka tein fokusryhmähaastattelun säännöin. Haastateltavat toimivat monenlaisissa toimintayksiköissä sekä operatiivisella että konservatiivisella tulosalueella, vuodeosastoilla, toimenpideyksiköissä ja poliklinikoilla. Työkokemukset osastonhoitajana vaihtelivat alle vuodesta yli kahteenkymmeneen vuoteen ja kaikilla oli työkokemusta sairaanhoitajana ennen osastonhoitajana toimimista.

### 6.3 Aineistonkeruu ja analyysi

Tutkimuksen aineisto muodostui kahden fokusryhmähaastattelun sisällöistä. Haastattelin osastonhoitajat rauhallisissa keskussairaaloiden kokoushuoneissa, jotta ulkopuoliset tekijät eivät häirinneet haastattelutilannetta. Haastattelut toteutuivat 24. - 25.9.2012 ja ne kestivät 45 ja 60 minuuttia. Nauhoitin haastattelut digitaalisella tallennuslaitteella, jotta sain ne sujumaan luontevasti ja nopeasti ilman katkoja. Nauhoittaminen toimi myös muistilappuna ja tulkintojen tarkastamisen välineenä analyysivaiheessa. (ks. Hirsjärvi–Hurme 2009, 11, 92; Tiittula–Ruusuvuori 2009, 14.) Haastatteluiden nauhoittaminen oli kirjattu saatekirjeeseen, eikä kukaan haastateltavista kieltäytynyt nauhoituksesta. Oma roolini haastattelijana oli ohjata keskustelua teemojen mukaan ja tehdä tarkentavia kysymyksiä.

Tutkimuksessa käytin analyysimenetelmänä sisällönanalyysiä, joka on tyypillinen laadullisessa tutkimuksessa. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida kirjoitettua tai suullista kommunikaatiota ja sen avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Tutkijan pyrkimyksenä on löytää aineistosta jotakin uutta ja ennen havaitsematonta, uusia jäsennyksiä ja uusia merkityksiä. Lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkija ei määrää sitä, mikä on tärkeää. (Latvala–Vanhanen–Nuutinen 2001, 21; Hirsjärvi ym. 2009, 164; Ruusuvuori–Nikander–Hyvärinen 2010, 16.) Laadullisessa analyysissä puhutaan usein

induktiivisesta ja deduktiivisesta analyysistä. Tämä jako perustuu tulkintaan tutkimuksessa käytetystä päättelyn logiikasta, joka on induktiivinen, yksittäisestä yleiseen tai deduktiivinen, yleisestä yksittäiseen. (Tuomi–Sarajärvi 2009, 95.) Tässä tutkimuksessa käytin molempia menetelmiä, joita kuvaan myöhemmin tekstissä.

Kuvaan tutkimuksen analyysin tekemisen mahdollisimman avoimesti, jotta lukija saa tarkan kuvan sen etenemistä. Aineiston keräämisen jälkeen siirsin nauhoitukset tietokoneen muistiin, jonka jälkeen litteroin ne eli kirjoitin haastattelut tekstiksi. Haastateltavien puheet kirjoitin sanantarkasti niiltä osin, joiden katsoin antavan vastauksia tutkimustehtäviini. Epäolennaiset lauseet ja toistot jätin kirjoittamatta ja esittämäni kysymykset kirjoitin lyhennettyinä ajan säästämiseksi. Litteroinnin tarkkuudesta ei ole yksiselitteistä ohjetta, vaan tarkkuus riippuu tutkimustehtävästä ja tutkimusotteesta (Hirsjärvi–Hurme 2009, 138; Ruusuvuori 2010, 424). Koodasin vastaukset haastateltavien mukaan, jotta alkuperäisen lausuman jäljittäminen olisi helpompaa tutkimuksen myöhemmässä vaiheessa. Litteroitua tekstiä tuli 20 sivua (riviväli 1,15, fontti Ariel 12). Nauhoituksen laatu oli erinomainen, joten litteroinnissa ei ollut teknisiä ongelmia.

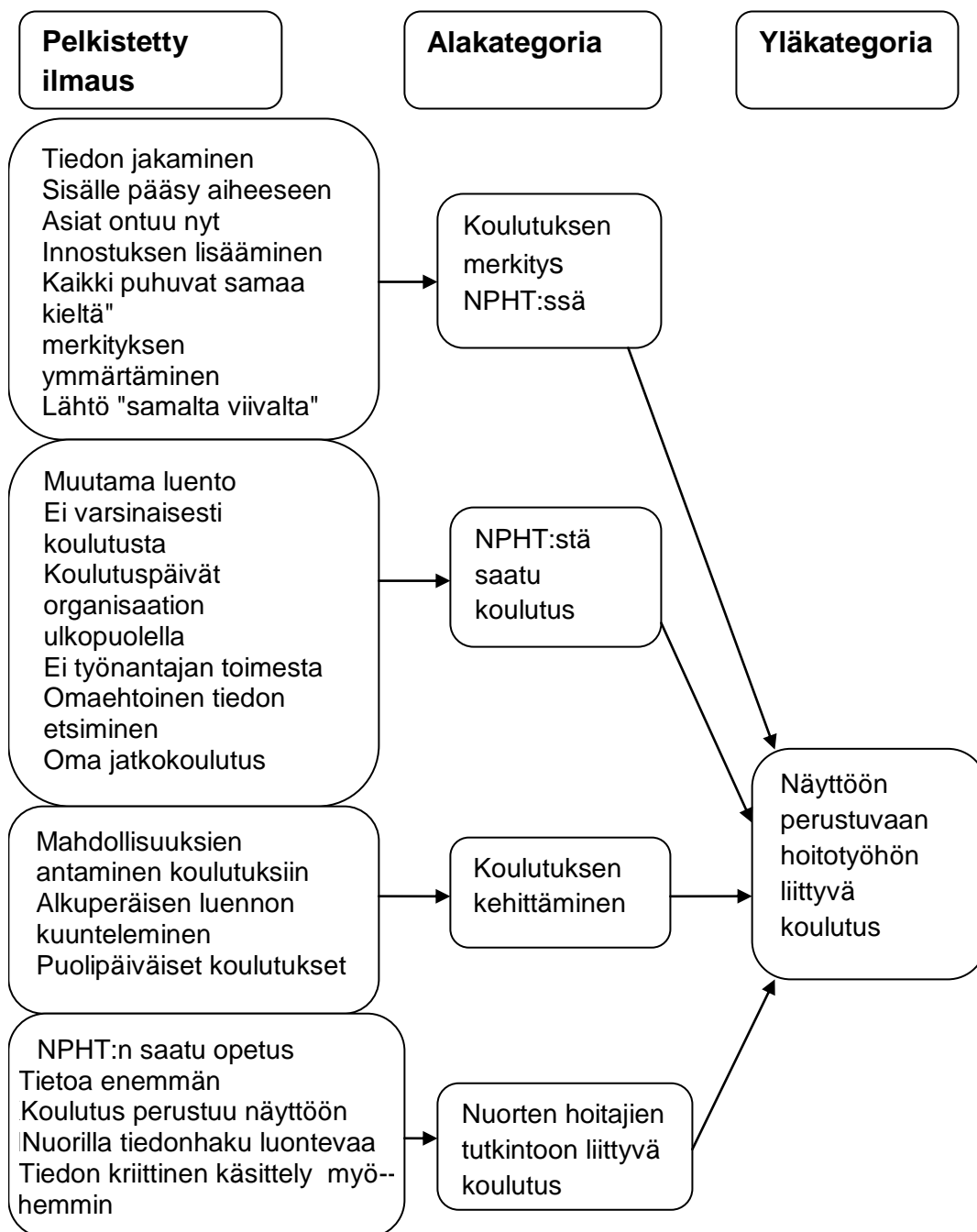
Analyysiyksikön määrittäminen ennen analyysin aloittamista on olennainen tehtävä. Analyysiyksikön määrittelyssä ratkaisevat aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Latvala ym. 2001, 25.) Haastattelun litterointivaiheessa tuli esille, että tässä tutkimuksessa tarkoituksenmukaisin analyysiyksikkö on haastateltavien ajatuskokonaisuus.

Aineiston litteroinnin jälkeen luin tekstin huolellisesti, jonka jälkeen redusoin aineiston eli pelkistin alkuperäisten ilmaisujen merkityksen tiiviiseen muotoon. Tiivistäminen tarkoittaa sitä, että haastateltavan esiin tuomat merkitykset puetaan lyhyempään sanalliseen muotoon (Metsämuuronen 2006, 122; Hirsjärvi–Hurme 2009, 136). Ryhmittelin aineiston käyttämällä apuna haastattelun teemarunkoa. Tavoitteenani oli löytää aineistosta mahdollisimman monipuolisesti kutakin teemaa kuvaavia näkemyksiä. Jokaisen teeman alle tuli kaikkien haastateltavien vastaukset jokaiseen teemaan. Tuomen ja Sara-

järven (2009, 93) mukaan teemat voivat muodostaa itsessään jäsenyyksen aineistoon, kun aineistonkeruu on tapahtunut teemahaastattelulla. Tämä vaihe analyysissäni edustaa deduktiivista päättelyä. Pelkistettyjen ilmaisujen runsauden ja monipuolisuuden vuoksi havaitsin pelkän teemarungon kuitenkin liian väljäksi aineiston jäsentämiseen, joten muodostin alakategorioita teemojen sisällä selkeyttääkseni aineistoa. Lisäksi aineistossa oli ajatuskonaisuuksia, jotka eivät olleet teemarungon mukaisia. Tämän osan aineistosta analysoin induktiivisella sisällönanalyysillä ja muodostin näistä omia alakategorioita saadakseni hyödynnettyä aineiston rikkauden. Annoin kategorioille niiden sisältöä kuvaavat nimet, kuten Kyngäksen ja Vanhasen (1999, 5 - 7) mukaan ryhmittelyssä samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja kategorialle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi.

Kategorioiden muodostamisen jälkeen järjestin aineiston teoreettisen viitekehyksen ja tutkimustehtävien mukaan. Osallistujien vastauksista osa käsitteli hoitotyön kehittämistä yleisellä tasolla. Tämän vuoksi oli osittain haasteellista erottaa, mikä ilmaisu liittyi näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja mikä puolestaan käytäntöjen yhtenäistämiseen. Tässä vaiheessa tulkitsin aineistoa teoreettisen viitekehyksen, tutkimustehtävien ja oman tietämykseni valossa, jotta sain järjestettyä aineiston tutkimustehtäviä ja tutkimuksen tarkoitusta vastaavaksi, kuten Ruusuvuori ym. (2010, 18) kirjoittavat. Palasin vielä litteroituun tekstiin varmistaakseni, että pelkistetyt ilmaisut kuuluivat nimeämääni kategoriaan ja tein tarvittavat muutokset kategorioiden sisältöihin ja nimiin. Yhdistin samansisältöiset kategoriat yhteen muodostaen yläkategorioita ja nimesin ne niiden sisältöä kuvaavasti. (Kyngäs–Vanhanen 1999, 5 - 7.) Tästä voidaan käyttää myös nimitystä abstrahointi eli tutkimusaineisto järjestetään siihen muotoon, että sen perusteella tehdyt johtopäätökset voidaan siirtää yleiselle käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle. (Metsämuuronen 2006, 122; Hirsjärvi–Hurme 2009, 136.) Raportissa kuvaan esimerkkinä kategorioiden muodostamisen (Kuvio 3).

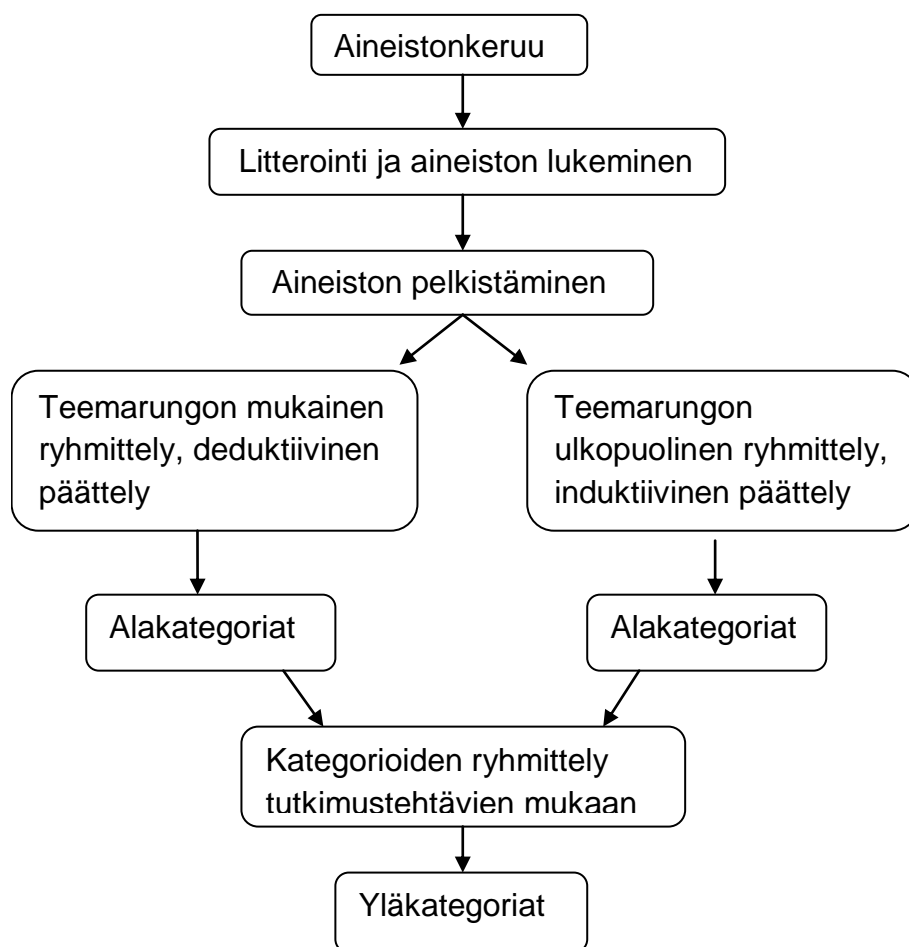




Kuvio 3. Esimerkki kategorioiden luomisesta

Aineistosta muodostui viisi yläkategoriaa, jotka olivat näyttöön perustuvan hoitotyön kehittyminen, näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen haasteet, näyttöön perustuvaan hoitotyöhön liittyvä koulutus (tutkimustehtävä 1), yhtenäisten käytäntöjen merkitys hoitotyölle ja käytäntöjen yhtenäistämiseen liittyvät tekijät (tutkimustehtävä 2). Esitän tutkimustulokset näiden aineiston luokittelun pohjalta muodostuneiden kategorioiden ja niiden sisällön avulla.

Haastateltavien alkuperäisiä ilmaisuja on mukana tulosten raportoinnissa esimerkkeinä ja luotettavuuden lisääjinä sekä elävöittämässä tekstiä. Aineistonanalyysi ei kaikilta osin ollut näin suoraviivaista kuin edellä kuvasin, vaan jouduin laadulliselle tutkimukselle ominaisesti palaamaan litteroituun tekstiin ja muodostamiini kategorioihin usein analyysin aikana. Kuvaan aineistonanalyysin etenemistä pelkistetyssä muodossa aineistonkeruusta lähtien (Kuvio 4).



Kuvio 4. Aineistonanalyysin eteneminen

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1 Näyttöön perustuva hoitotyö tutkimusorganisaatioissa

#### 7.1.1 Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittyminen

Haastattelun ensimmäisellä teemalla, hoitotyön kehittämisellä, oli tarkoitus johdatella vastaajat tutkimusaiheeseen. Osastonhoitajien käsitykset hoitotyön kehittämisestä perustuivat työkokemukseen sekä osastonhoitajina että sairaanhoitajina. Vastaajien mielestä merkittävä kehitys hoitotyössä liittyi potilaiden huomiointiin, potilaiden toiveita kuunneltiin ja niitä myös kunnioitettiin päätöksenteossa. Potilaat olivat myös kriittisempiä ja vaativampia oman hoitonsa suhteen kuin aiemmin.

*"Tullut potilaslähtöisemmäksi. Potilas tulee kuulluksi. Katotaan sitä asiaa niinkö potilaasta käsin, eikä niinkö meistä käsin, että miten me tämä tehdään. Otetaan se potilas siihen matkaan."* (H7= haastateltava numero 7)

Tehokkuus ja taloudellisuus korostuivat vastaajien mielestä hoitotyössä nykyään. Hoitoajat olivat lyhentyneet ja hoitoja oli järkiperäistetty ja hoitotakuu oli osaltaan myös lisännyt hoidon tehokkuutta. Osastonhoitajien mielestä hoitotyön dokumentointi ja tilastointi olivat lisääntyneet huomattavasti, mutta kasvaneesta työmäärästä huolimatta he kokivat kirjaamisen myönteisenä asiana, koska se paransi sekä oikeusturvaa että hoidon laatua.

*"Tilastointi on tullut aivan mahottoman tärkeeksi. Kaikki kirjataan tähellisesti, tietenkin. Tavallaan se on hoitajan ja myöskin potilaan oikeusturvan takia. Mutta samalla tehdään hirveästi tilastoja... Mutta että hirveen tärkeää on, että kaikki tulee ylös, mikä tehdään, näkyväksi."* (H6)

Tilastointi paransi myös hoidon arvioinnin mahdollisuuksia sekä organisaation sisällä että eri sairaaloiden välillä (vertaisarviointi). Hoidon arviointikriteereiksi organisaation sisällä vastaajat mainitsivat asiakastytytyväisyyskyselyt, tilastot hoitoajan pituudesta, infektiosta ja muista komplikaatioista sekä auditoinnin tulokset. Tulokortti oli uusi arviointimenetelmä, jonka vaikuttavuudes-

ta oli vielä vähän kokemusta. Hoitoisuusluokitukset olivat olleet käytössä pitkään, mutta niiden merkityksestä oli jonkin verran epäilyjä.

Haastattelussa kysyin osallistujien käsitystä näyttöön perustuvan hoitotyön määrittelystä, jolla pyrin varmistumaan siitä, että haastateltavilla oli suhteellisen samankaltainen näkemys aiheesta. Haastateltavat mielsivät näyttöön perustuvan hoitotyön tarkoittavan tutkitun tiedon käyttöä hoitotyössä. Osalla vastaajista oli tietoa myös näytön asteista.

*"...ne menetelmät, mitä käytämme, niillä on vahva tieteellinen näyttö, ne on vaikuttavia, myös tuloksellisuutta voi olla. Kun on näyttöön perustuva vaikuttavuus, voidaan ne ritrimpsut karsia pois eli semmoiset, joista ei ole mitään hyötyä, jotka on tyhjää työtä." (H2)*

Näyttöön perustuvasta hoitotyöstä oli myös toisenlaisia käsityksiä. Sen arveltiin tarkoittavan hoitajan antamaa konkreettista näyttöä esimerkiksi jonkin laitteen käytöstä tai toimenpiteen suorittamisesta. Haastateltavat arvioivat näyttöön perustuvan hoitotyön parantavan hoidon laatua ja tehokkuutta, jonka vuoksi sen kehittämistä pidettiin tärkeänä. Näyttöön perustuva toiminta oli lisääntynyt hoitotyössä viimeisen kymmenen vuoden aikana, mutta vastaajat kokivat, että näyttöön perustuva hoitotyö ei näy käytännön työssä riittävästi. Toisaalta he arvioivat, että tutkittua tietoa kyllä käytetään hoitotyössä, mutta käsitettä näyttöön perustuva hoitotyö ei tunneta käytännön työssä.

*"Näyttöön perustuva toiminta alkanut. Hoitotyötä on ruvettu järkiperaistämään, karsimaan turhaa, sellaista kehittämistä." (H2)*

*"Hoitotyön puolella ... viimeisten 10 vuoden aikana näyttöön perustuva toiminta alkanut. (H4)*

*"Miten tutkitun tiedon saa siirrettyä käytäntöön?" (H2)*

*"Tai ehkä se toimiiki (näyttöön perustuva hoitotyö) aika paljon, mutta sitä ei mielletä." (H3)*

### 7.1.2 Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen haasteet

Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen haasteena osallistujat näkivät resurssien puutteen, joka tarkoitti ajan ja henkilökunnan puutetta. Hoitotyön kehittäminen nähtiin tärkeänä osastonhoitajan tehtävänä, mutta muiden töiden hoitaminen vei aikaa kehittämiseltä, eikä osastonhoitajilla ollut mahdollisuuksia antaa henkilökunnalle riittävästi aikaa perustehtävän suorittamisesta hoitotyön kehittämiseen. Haastateltavat kokivat, että myöskään ylihoitajilla ei ollut riittävästi aikaa kehittämistyöhön.

*" Meille osastonhoitajille on tullut niin paljon kaikkea muuta hallinnollista tehtävää, ettei enää ehi siihen hoitotyöhön ja sen kehittämiseen sillai satsata."* (H3)

*" Siihen pitäis olla enemmän resursseja, eihän ite pysty tekemään kaikkea... yksi ihminen... pitäis irrottaa henkilöitä sieltä hoitajista..."* (H5)

Haastateltavien mielestä hoitotyön kehittäminen oli haasteellisempaa keskussairaaloissa kuin yliopistosairaaloissa. Syynä tähän nähtiin hoitotieteellisen tiedeyhteisön puute keskussairaaloissa ja yliopistosairaaloissa annettiin vastaajien mielestä myös enemmän resursseja hoitotyön kehittämistyöhön. Myös tutkimustiedon hyödyntämisen arvioitiin olevan parempaa yliopistosairaaloissa, toisaalta hoitotyön kehittämisen nähtiin myös olevan yksi yliopistosairaalan tehtävistä.

*" Meiltä puuttuu se yliopistosairaaloissa oleva tieteellinen puoli."* (H4)

Haasteena osallistujat kokivat tiedonkulun puutteellisuuden yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden välillä. Erään vastaajan mielestä hyvä tiedonkulku vaati henkilökohtaisia suhteita.

*"Se on aika pitkälle personoitua... se vaatii henkilökohtaisia suhteita."* (H2)

Haastateltavien mukaan arvot ja asenteet vaikeuttivat näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämistä. Hoitotyöntekijöiden arvostuksen hoitotiedettä kohtaan

koettiin parantuneen, mutta arvostusta ja sitoutumista kehittämistyöhön kaivattiin vielä enemmän. Hoitotyön ja hoitotieteen parempaa arvostusta osallistujat kaipasivat ennen kaikkea hoitotyön ylemmältä johdolta ja lääkäreiltä, joilla koettiin olevan päätöksenteossa valta-asema.

*"Hoitotyön kannalta voisin kritisoida, hyvin lääketieteellispainotteisia, hoitotiede on lääketieteen jaloissa."* (H4)

Haastateltavien mielestä organisaatiossa ei hyödynnetty riittävästi jatkokoulutuksen hankkineiden henkilöiden osaamista. Organisaatiossa oli ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita hoitajia, joiden osaamista tulisi vastaajien mielestä hyödyntää ja arvostaa enemmän. Arvostaminen näkyisi haastateltavien mielestä urakehityksen tukemisena ja mahdollisuutena osallistua projekti- ja kehittämistöihin, jatkokoulutuksen arvostaminen tulisi näkyä myös palkassa. Arvostuksen puute johti vastaajien mielestä usein siihen, että jatkokoulutuksen hankkinut henkilö vaihtoi työpaikkaa.

*"Urakiertoa pitäis saada siihen, urakehitystä, että jos kouluttautuu esim. ylempää ammattikorkeakoulua suorittaa tai sitten menee tiedekorkeakouluun tutkintoa suorittamaan ja kun palaa, kun toimi on täällä, sitten pitäis olla niitä pelimerkkejä...johonkin projektihommiin saaha siirtyä tai jotakin muita tehtäviä tämän työantajan palveluksessa..jotka palvelis sitä ruohonjuuritason työtä..."* (H2)

*"Ei ole mitään palkitsemisjärjestelmiä."* (H4)

Toisaalta eräs haastateltava toi esille, että jatkokoulutuksen hyödyntäminen vaatii myös oma-aloitteisuutta työntekijältä.

*"Se vaatii semmoista oma-aloitteisuutta."* (H4)

Osallistujien mielestä opiskelijoiden tekemiä opinnäytetöitä arvostettiin, mutta varsinkin ylemmän korkeakoulututkinnon opinnäytetöiden hyödyntämisestä tulisi lisätä. Opinnäytetöiden hyödyntämisessä oli tapahtunut kuitenkin jonkin verran parannusta.

*"Opinnäytetöitä ei hyödynnetä... Meillä on kuitenkin vähän lissääntynyt."* (H1)

Haastateltavat pitivät tutkitun tiedon hakemista aikaa vievänä, koska he eivät olleet saaneet siihen koulutusta. Osastonhoitajat kuitenkin käyttivät monipuolisesti eri tietolähteitä seuratessaan hoitotyön kehittymistä ja sähköisessä muodossa olevat tiedot olivat yleisimmin käytössä. Niitä olivat Käypä hoito -suositukset, Terveysportti ja organisaation sisäinen Intranet. Hoitoketjut ja ammatilliset tietokannat mainittiin tiedonlähteinä ja myös kollegoiden ja asiantuntijahoitajien konsultointia käytettiin apuna. Lisäksi yliopistollisen sairaalan ohjeita, ammattilehtiä ja -kirjoja käytettiin tiedon lähteinä. Haastattelussa ilmeni, että Käypä hoito -suosituksia käytettiin ohjeena toiminnalle, mutta hoitotyön suosituksia tunnettiin vähän. Yksi vastaajista muisti nähneensä hoitotyön suosituksia Sairaanhoidajalehdessä, kun asiaa kysyttiin erikseen. Uusimman tiedon hakeminen oli haastateltavien mielestä usein heidän omaaloitteisuutensa varassa ja hoitotyöhön liittyvän tiedonkulun koettiin olevan heikkoa. Vastaajien mielestä oli tärkeää myös se, että hoitotyöhön liittyvä ohjeistus olisi helposti löydettävissä yhdestä paikasta.

*"Tieto ei kulje missään. Se menee puskaradion kautta, jos silläkään lailla."* (H4)

#### 7.1.3 Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön liittyvä koulutus

Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat näyttöön perustuvaan hoitotyöhön saamaansa koulutusta riittämättömäksi. Työantajan tarjoama koulutus oli ollut vähäistä, työnantajan hyväksymillä koulutuspäivillä tietoa oli saatu jonkin verran, mutta omaehtoinen jatkokoulutus oli antanut parhaiten tietoa aiheesta.

*"...joskus jollakin koulutuspäivillä, ei ole suunniteltu meidän talossa."* (H3)

*"...ei työnantajan puolesta, ite oman koulutuksen myötä ja tiedon etsimisen halun myötä, kukaan ei ole tullut kertomaan."* (H4)

Koulutuksen tärkeyttä näyttöön perustuvasta hoitotyöstä korostettiin. Koulutuksen arvioitiin helpottavan asian ymmärtämistä ja selventävän käsitteitä, minkä puolestaan katsottiin helpottavan yhteistyötä. Lisäksi koulutuksen arvioitiin lisäävän innostusta ja arvostusta hoitotyön kehittämiseen ja tutkimustiedon käyttöön hoitotyössä.

*" Tieto pitäis jakaa, että päästäis sisälle asiaan, mitä se edes on, moni asia ontuu." (H6)*

*" Jos koko henkilöstö koulutetaan, niin kaikki puhuvat samaa kieltä. Kaikki ymmärtävät, mistä puhutaan, kun puhutaan näyttöön perustuvasta hoitotyöstä ja mitä se tarkoittaa, lähetään samalta viivalta." (H2)*

*" Lissäis hoitotyön arvostusta, hoitajat itsekin arvostais tätä tutkimustyön tekemistä. (H1)*

Vastaaajien mielestä koulutuksen kehittämisessä työyhteisössä tärkeintä olisi luoda henkilökunnalle paremmat mahdollisuudet osallistua järjestettyihin koulutuksiin. Koulutukset, kuten esimerkiksi paikalliset hoitotyön päivät, nähtiin antoisina, mutta koulutuksen hyöty jäi usein heikoksi, koska vain harva hoitotyöntekijä pääsi osallistumaan niihin. Myös innostusta osallistua koulutuksiin kaivattiin hieman lisää.

*" ... että henkilökunta innostuis, mikähän se ois, että ylipäättään innostuis kuuntelemaan jotain luentoa esim... ja mahdollisuus lähteä." (H6)*

Eri ikäisten hoitajien välillä koettiin olevan eroa näyttöön perustuvan hoitotyön tietämyksessä. Nuorten ja vastavalmistuneiden hoitajien tieto arvioitiin paremmaksi kuin iäkkäämpien hoitajien ja ero selittyi ammattiin liittyvällä peruskoulutuksella. Myös tiedonhaun arvioitiin olevan nuorilla hoitajilla luontevampaa ja nopeampaa kuin iäkkäillä hoitajilla.

*" Ehkä ne on tietosempia niistä asioista, niillä on koulutuksessa tullut enemmän." (H3)*



*" Nuorempi sukupolvi on tottunut elämään niin erilaisessa tiedonhakumaailmassa, se on heille joustavaa, luontevaa toimintaa, eikä vaadi semmoista ponnistelua kuin sille, joka ei ole sitä ikäänsä tehnyt." (H4)*

Nuorilla hoitajilla arvioitiin kuitenkin olevan puutteita tiedon kriittisessä käsittelyssä ja heiltä toivottiin kehittymistä tiedon soveltamisessa käytäntöön.

## **7.2 Hoitotyön käytäntöjen yhtenäistäminen**

### **7.2.1 Yhtenäisten käytäntöjen merkitys hoitotyölle**

Haastateltavien mielestä yhtenäisten hoitokäytäntöjen luominen oli tärkeää hoidon laadun parantamisen kannalta ja yhtenäisten käytäntöjen katsottiin edistävän tasavertaisen hoidon saamista potilaille riippumatta hoidon antajasta.

*" Se ohjaa toimimaan yhtenäisesti. Ei sooloilla joka yksikössä. Tavoite on sama." (H7)*

Haastateltavien mielestä pyrkimys hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämiseen näkyi ohjeistuksen lisääntymisenä. Hoito-ohjeet, joilla vastaajat tarkoittivat Käypä hoito -suosituksia ja organisaation sisäisiä ohjeita, nähtiin käyttökelpoisina toimintaa ohjaavina välineinä. Ohjeiden katsottiin tehostavan toimintaa, tukevan taloudellisuutta, helpottavan ja tukevan sekä osastonhoitajien että hoitotyöntekijöiden päätöksentekoa.

*"Johtamisen näkökulmasta... helpottaa esimiestyötä, koska sun ei tarvitse hatusta vetää niitä juttuja, mihin suuntaan sä koetat sitä laivaa ohjata. Se tulee ulkopuolelta, sä pystyt vetoamaan johonkin, mikä tukee sun päätöksentekoa." (H4)*

Hoito-ohjeiden kieli sai kriittistä palautetta eräältä vastaajalta, joka koki sen olevan osin vaikeaselkoista.

*" Olin pettynyt niihin ohjeisiin, jotka netistäkin löytyy, ne on tosi huonosti kirjoitettu. Minä en edes terveydenhuollon ammattilaisen ottanut selvää, miten*

*potilaat, kun ne lukkee itelleen ohjetta. Terveysthuollon kielessä on yksinkertaistamisen varaa...tästä munkkilatinasta on justiinsa päästävä eroon! Tää ei palavele kettään."* (H4)

### 7.2.2 Käytäntöjen yhtenäistämiseen liittyvät tekijät

Vastaajien mielestä käytäntöjen yhtenäistämisen suurimpana haasteena oli suositusten jalkauttaminen käytäntöön, koska käytäntöjen muuttaminen oli laaja ja hidas prosessi. Projekteja pidettiin käyttökelpoisina välineinä uusien hoito-ohjeiden luomiseen, mutta projektien kiireisen aikataulun vuoksi niiden hyödyntäminen jäi usein puutteelliseksi.

*"...raha ja projektin aikataulu. Projekti loppuu ennen kuin se on oikein alkanutkaan. Käytäntöön vieminen ei voi jatkua projektilla vaan se pitäis olla kiinni siellä käytännössä."* (H4)

Tutkimukseen osallistujien mielestä organisaatioon pitäisi nimetä henkilö, jonka vastuulla käytäntöjen yhtenäistämisen olisi. Vastuuhenkilö olisi eräänlainen koordinaattori, jolla olisi kokonaisvaltainen näkemys hoitotyön kehittämisestä kohti yhtenäisiä käytäntöjä. Koordinaattorin toimenkuvaan kuuluisi myös ohjauksen antaminen yksiköihin. Olennaista olisi, että koordinaattorilla olisi riittävästi aikaa kehittämistyöhön. Haasteena oli vastaajien mielestä myös löytää henkilö, joka olisi kiinnostunut hoitotyön kehittämisestä ja sitoutunut tähän.

*"...mää olen monesti ajatellu sitäki...että eikö vois olla joku ihminen, joka niinku tekis. Sitten jalkautettais aina yksiköihin se, mikä kuuluu millekin yksikölle, tottakai."* (H6)

Tutkimukseen osallistuneiden mielestä hoitoketjujen merkitys hoitokäytäntöjen yhtenäistämässä oli vähäinen omassa organisaatiossa, koska hoitoketjuja ei oltu onnistuttu juurruttamaan käytäntöön. Haastateltavat toivoivat, että hoitoketjut toimisivat selkeänä ja yhtenäisenä ohjeena perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lisäksi hoitoketjujen luomisessa ei oltu hyö-

dynnetty moniammatillista osaamista, vaan ne olivat lääketieteellisesti painotuneita.

*" Sairaanhoitopiirin hoitoketjujen luomisessa on aika rankasti unohettu tämä moniammatillisuus." (H2)*

*" Niitä hoitoketjuja on tehty, mutta ne jotenkin elä!" (H4)*

Tässä tutkimuksessa korostui hoitotyön ylemmän johdon (ylihoitajien) rooli käytäntöjen yhtenäistämässä ja hoitotyön kehittämisessä. Vastaajien mielestä yhteistyön kehittäminen ylihoitajien ja osastonhoitajien välillä oli tärkeää. Yhteistyöllä tarkoitettiin ylihoitajien antamaa tukea, keskusteluja ja osallistumista kehittämistilaisuuksiin. Ylihoitajien toivottiin toimivan myös uuden tiedon välittäjinä ja lisäksi ylihoitajien ja osastonhoitajien roolien selkeyttäminen hoitotyön kehittämisessä nähtiin tarpeellisenä.

*" Tulemalla matkaan (ylihoitajat), tukea, kiinnostuis hoitotyön kehittämisestä, olis keskusteluja, ei vain anneta sitä tehtävää." (H7)*

Haastateltavat kokivat yhteistyön kehittämisen lääkäreiden kanssa tärkeänä hoitokäytäntöjen yhtenäistämässä. Haasteena yhteistyön kehittämiselle oli se, että lääkäreiden ammattikunnan katsottiin pitävän vahvasti kiinni perinteisestä johtajan roolistaan ja lääkäreiden asenteen koettiin heikentävän tasa-arvoisen yhteistyön kehittymistä. Hoitotieteellisten tutkimustulosten arvostaminen lääkäreiden keskuudessa oli haastateltavien mielestä vähäistä.

*"Lääkärit on perinteisesti olleet sellaisessa asemassa, ovat saaneet yksin omasta näkökulmastaan sanella. Heijän pitäis pystyä avartamaan sitä katsetta, tää juttu ei ole yksistään heijänkään varassa." (H4)*

Toisaalta haastateltavat arvioivat, että yhteistyö lääkäreiden kanssa on hitaasti parantumassa.

*" Osa lääkäreistä ymmärtää asian, ottavat muutkin ammattiryhmät huomioon." (H4)*

Vastaajien mielestä hoitotyön kehittäminen oli pirstaloitunutta organisaation sisällä. Yhteistyötä organisaation tulosalueiden ja eri toimipisteiden välillä olisi tärkeä kehittää.

*"Tulosalueajat on aivan hirvittävät, se voi olla hankalaa." (H2)*

Tutkimukseen osallistuvien mielestä hoitotyön käytäntöjen yhtenäistäminen edellyttää henkilökunnan koulutusta. Koulutuksen avulla pystyttäisiin lisäämään henkilökunnan ymmärrystä käytäntöjen yhtenäistämisen merkityksestä. Haastateltavat arvelivat, että hoitohenkilökunnalla ei ollut tietoa hoitoketjujen olemassaolosta.

Osastonhoitajat näkivät oman roolinsa hoitotyön kehittämisessä ja käytäntöjen yhtenäistämisessä merkittävänä. Tärkeää oli välittää hoitohenkilökunnalle oma kiinnostus ja arvostus kehittämistä kohtaan ja osastonhoitajat kokivat olevansa asennemuokkaajia ja aloitteentekijöitä. Osastonhoitajilla piti olla itsellä selkeä käsitys kehittämisen suunnasta, jotta he pystyivät perustelemaan ajatuksensa muulle henkilökunnalle. Hoitotyön kehittäminen nähtiin pitkäjännitteisenä työnä.

*"Mutta kyllä siinä itte pitää olla semmoinen promoottori, joka todella on mukana ja innostunut." (H6)*

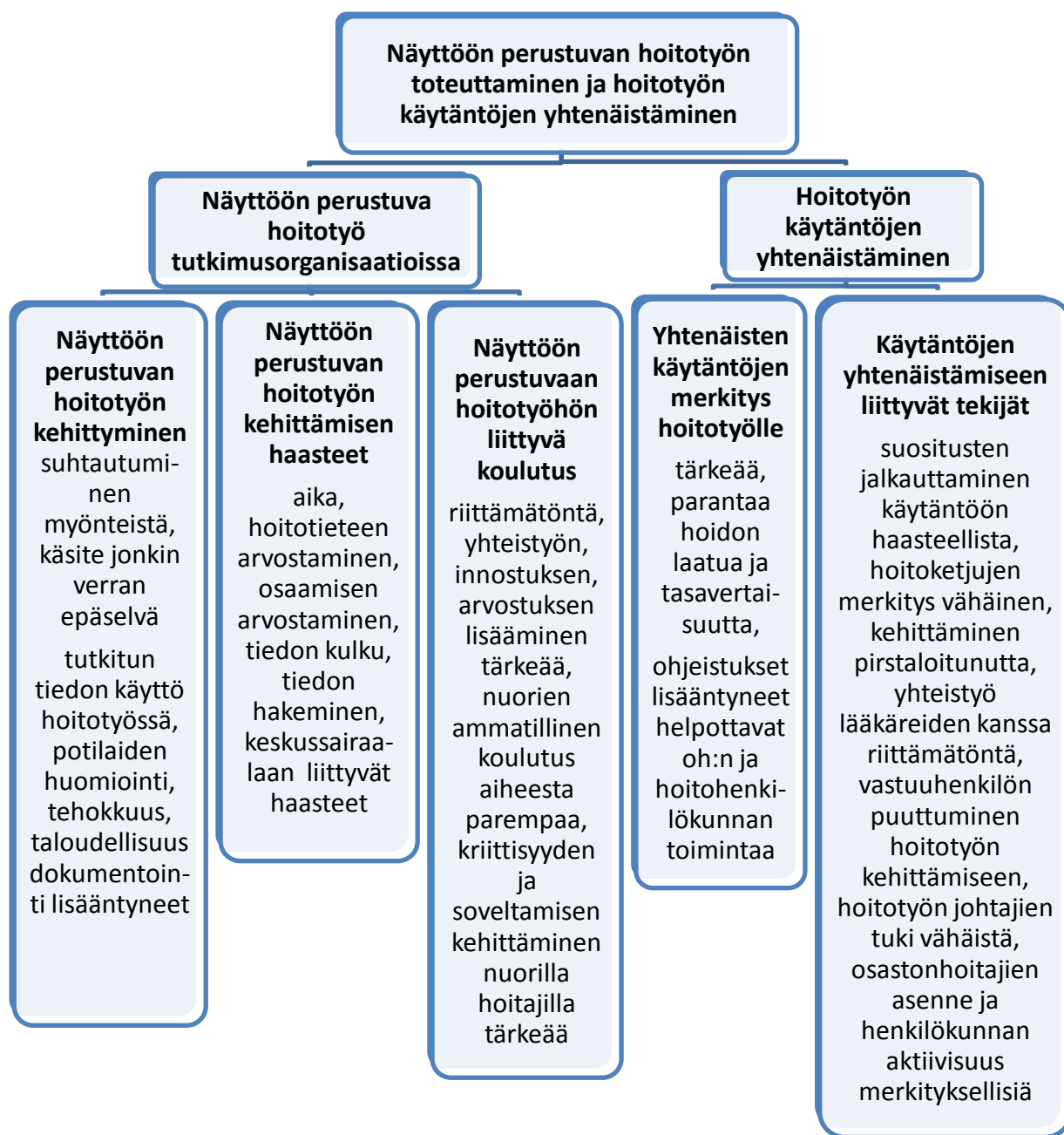
*"Ite arvostaa sitä, kyllä sillä on tosi iso merkitys. Jos esimies sanoo höh, siihen saa porukan äkkiä matkaan. Mutta sinnikkäästi perustelee." (H1)*

Haastateltavat kokivat olevansa myös kehittämistyön mahdollistajia. Konkreettisesti tämä tarkoitti pyrkimyksenä huomioida työvuorosunnittelussa ajan antaminen henkilökunnalle hoitotyön kehittämistä varten. Osastonhoitajat pyrkivät löytämään hoitotyön kehittämisestä kiinnostuneita henkilöitä ja kannustamaan heitä kehittämiseen, mutta he toivoivat kuitenkin työntekijöiltä enemmän aloitteellisuutta hoitotyön kehittämiseen. Sekä osastonhoitajilla että hoitohenkilökunnalla nähtiin olevan oma roolinsa hoitotyön kehittämisessä, mutta yhteistyö koettiin tärkeänä. Yhtenäisten käytäntöjen toteuttaminen

nähtiin helpompana, kun hoitohenkilökunta oli mukana kehittämisessä. Osastonhoitajat luottivat hoitohenkilökunnan osaamiseen hoitotyön kehittämisessä kohti yhtenäisiä käytäntöjä, mutta hoitohenkilökunnan rooli jäi vähäiseksi osittain ajan puutteen vuoksi.

*" Kyllähän sitä pieniä asioita kehitetään, ovat innostuneita, esim. haavan hoitoa..." (H3)*

*" Kyllä se vaatii aktiivisuutta työntekijältäkin, ei voi pakottaa eikä tyrkyttää, että tässä on mahdollisuus ottaa u-päivä, että voitais näitä hoitoprotokollia tehdä tms. Se pitää tulla sieltä työntekijöiltä, viesti heiltä, että mulla ois tällainen asia, jonka haluaisin tehdä, milloinka olis mahdollista saaha sitä aikaa resurssoitua." (H6)*



Kuvio 5. Tutkimustulokset

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksella hain vastausta kahteen tutkimustehtävään, millaisia käsityksiä osastonhoitajilla on näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamisesta ja millaisia käsityksiä heillä on hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisestä. Haastattelut tuottivat laajan aineiston, joka antoi kiinnostavan ja monipuolisen vastauksen tutkimustehtäviin. Tämän tutkimuksen tulokset antavat uutta tietoa, jota voidaan hyödyntää näyttöön perustuvan hoitotyön ja yhtenäisten käytäntöjen kehittämisessä ja henkilökunnan koulutuksessa.

#### *Suhtautuminen näyttöön perustuvaan hoitotyöhön*

Osastonhoitajat suhtautuivat myönteisesti näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja sen kehittämistä pidettiin tärkeänä. Organisaation johdon myönteinen asenne ja tuki on todettu useissa tutkimuksissa merkitykselliseksi näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamisessa (esim. Leino-Kilpi–Lauri 2003, 17; Holopainen ym. 2010, 38 - 44; Poe–White 2010, 7; Ubbink ym. 2011, 87 - 94; Korhonen ym. 2012, 40 - 42) ja osastonhoitajien asenne näyttöön perustuvaa hoitotyötä kohtaan on myös todettu myönteiseksi monissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Egerod ja Hansen (2004, 456) tutkivat Tanskassa sydänosastolla työskentelevien asenteita näyttöön perustuvaa toimintaa kohtaan ja tulosten mukaan sekä sairaanhoitajilla että osastonhoitajilla oli myönteinen asenne toimintaan. Myös Johanssonin, Fogelberg-Dahmin ja Waldstenin (2009, 70) tutkimuksessa todettiin, että osastonhoitajat (n=99) suhtautuivat myönteisesti näyttöön perustuvaan toimintaan. Osastonhoitajilla on tärkeä rooli myönteisen asenteen levittämisessä näyttöön perustuvaa hoitotyötä kohtaan työyhteisöissä ja parhaimmillaan asenteen muutos voi johtaa siihen, että myös hoitotieteellinen keskustelu siirtyy uudelle tasolle. Hoitotieteen alkuaikoihin liittynyt epävarmuus sen tarpeellisuudesta ja vaikuttavuudesta ja osin negatiivinenkin asenne voi siirtyä työyhteisöissä historiaan.

#### *Käsitys näyttöön perustuvasta hoitotyöstä*

Näyttöön perustuva toiminta määritellään parhaan ja ajan tasalla olevan tiedon harkituksi käytöksi potilaan hoidossa ja paras, ajan tasalla oleva tieto tarkoittaa yleensä tutkimustietoa (Sackett ym. 1996, 71; Sosiaali- ja terveys-

ministeriö 2009, 53 - 54; Korhonen ym. 2012, 40). Tutkimus osoitti, että näyttöön perustuva hoitotyö ymmärretään nimenomaan tutkitun tiedon käyttämiseksi hoitotyössä ja näitä käsitteitä käytettiin synonyymeinä ja samanlaiseen tulokseen päätyivät myös Egerod ja Hansen (2004, 456) tutkimuksessaan. Näyttöön perustuva hoitotyö nähdään kuitenkin useimmiten laajempänä käsitteenä kuin pelkästään tutkitun tiedon käyttönä ja tätä käsitteitä opinnäytteitä teoriassa. Tässä tutkimuksessa ei näyttöön perustuvan toiminnan muita osa-alueita, potilaiden tietojen ja taitojen huomiointia, hoitotyön asiantuntemuksen hyödyntämistä ja resurssien huomiointia (Pearson 2005, 207; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 58) liitetty näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Tämä tutkimus osoittaa, että näyttöön perustuvan hoitotyön käsite on osittain epäselvä, mikä on ymmärrettävää, koska myös tutkijoilla on erilaisia näkemyksiä käsitteen sisällöstä (ks. French 2002, 250 - 257; Scott–McSherry 2008, 1085; Laaksonen ym. 2012, 44). Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää kliinisen työn tekijöiden koulutuksen järjestäminen, jotta hoitotyön tutkijat ja käytännön työn tekijät ymmärtävät käsitteet samalla tavalla, mikä luo pohjan yhteistyön kehittämiseksi.

#### *Näyttöön perustuva hoitotyö tutkimusorganisaatioissa*

Tutkitun tiedon käyttö hoitotyössä oli lisääntynyt tutkimusorganisaatioissa viimeisten kymmenen vuoden aikana. Ottaen kuitenkin huomioon, että näyttöön perustuvasta hoitotyöstä on puhuttu hoitotyön kehittämisen yhteydessä jo pitkään, oli sen käyttö vielä melko vähäistä potilaan hoidossa ja hoitotyön kehittämisessä. Sama ilmiö on todettavissa myös Faccianon ja Snyderin (2012, 579) tutkimuksessa, jonka mukaan näyttöön perustuva toiminta on lisääntymässä hoitajien työssä, mutta se ei ole vielä täysin juurtunut käytännön työhön. Tutkimustulosten hyödyntäminen päivittäisessä hoitotyössä on todettu vähäiseksi myös muissa tutkimuksissa. (esim. Breimaier ym. 2010, 17; Ubbink ym. 2011, 87 - 94; Daiheim ym. 2012, 367).

Näyttöön perustuvan päätöksenteon yksi osa-alue, potilaan toiveiden huomiointi, oli selvästi lisääntynyt hoitotyössä. Syinä tähän nähtiin asenteiden muuttumisen kohti asiakaslähtöisyyttä ja potilaiden lisääntyneen tietoisuuden ja kriittisyyden hoitoaan koskeissa asioissa. Heikkilä on myös todennut artikkelissaan "Tutkimusnäyttöön perustuva toiminta terveydenhuollossa"



(2008), että ihmiset ovat tänä päivänä pitkälle koulutettuja ja he edellyttävät saavansa hyvää palvelua ja hoitoa, joka edistää heidän terveyttään ja sairaudesta toipumistaan. Tämän tutkimuksen mukaan toiminta on kehittynyt terveydenhuoltolain (2010 / 1326 2 §) hengen mukaisesti, jossa tarkoituksena on vahvistaa terveydenhuollon palveluiden asiakaskeskeisyyttä.

Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että hoitotyössä oli tapahtunut kehitystä, vaikka osastonhoitajien mielestä tutkitun tiedon käyttö oli vähäistä. Alasen (2012, 100) mukaan kliinisen asiantuntemuksen ja systemaattisen tiedon asemaa voidaan pitää yhtä tärkeinä viitekehyksinä hoitokäytäntöjen kehittämisessä, kunhan muistetaan molempiin näkemyksiin sisältyvät puutteet. Kliinistä asiantuntemusta leimaa yksilöllisyys ja tulkinnanvaraisuus, mutta toiminta ei myöskään voi rakentua pelkkään tutkimustietoon, sillä vain harvoista hoitotyön kannalta tärkeistä ilmiöistä on saatavilla riittävästi tietoa. Nähdäkseni tutkitun tiedon ja käytännön kokemuksen merkitys tunnistaminen ja niiden yhteensovittaminen sekä arvostuksen että toiminnan tasolla ja kriittisen ajattelun merkityksen korostaminen hoitotyön kehittämisessä on tärkeää.

#### *Hoitotyön kehittämiseen liittyvät haasteet*

Osastonhoitajat näkivät oman roolinsa tärkeänä näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä, mutta ajan puute oli usein esteenä sen toteuttamiselle, kuten myös useissa muissa tutkimuksissa on todettu (esim. Oranta ym. 2001, 33; Gulseren ym. 2009, 1908 - 1918; Breimaier ym. 2010, 1744; Elomaa-Mikkola 2010, Johansson ym. 2010, 70 - 77; Omer 2012, 66 - 73; Ubbink ym. 2012, 367). Ajan puute hoitotyön kehittämiseen on tutkimusten mukaan yleistä, mikä voi kuvastaa hoitotyön arvostusta. Osastonhoitajien työpäivät täyttyvät monista muista tehtävistä, jotka arvioidaan tärkeimmäksi kuin hoitotyön kehittäminen. Osastonhoitajien toimenkuvan määrittäminen uudelleen voisi olla paikallaan ja määrittäksessä tulisi huomioida hoitotyön kehittäminen paremmin.

Useissa tutkimuksissa näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamisen esteenä on nähty hoitohenkilökunnan puutteelliset taidot (esim. Oranta ym. 2001, 33; Gulseren ym. 2009, 1908 - 1918; Elomaa-Mikkola 2010, 7; Omer 2012, 66 -

73; Daiheim ym. 2012, 367; Ubbink ym. 2012, 367), mutta tämän tutkimuksen mukaan osastonhoitajat luottivat henkilökunnan kykyihin hoitotyön kehittämisessä ja työyhteisöistä löytyi myös tähän toimintaan aktiivisia henkilöitä. Käytännössä kuitenkin ajan puute oli esteenä henkilökunnan toiminnalle hoitotyön kehittämisessä. Toisaalta aktiivisuuden ja oma-aloitteisuuden toivottiin olevan laajempaa henkilökunnan keskuudessa. Hoitotyöntekijöiden motivaation puute tutkimusten lukemisessa ja niiden käytäntöön soveltamisessa oli Chummunin ja Tiranin (2007, 327) ja Breimaierin ym. (2010, 1744) tutkimusten mukaan esteenä näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. Egerod ja Hansen (2004, 456) totesivat, että sairaanhoitajien vastuun lisääminen helpottivat näyttöön perustuvan toiminnan lisäämistä. Mielenkiintoinen havainto oli Brownin ym. (2010, 1944) tutkimuksessa, jossa todettiin, että tutkitun tiedon käytön esteillä, kuten totutuilla käytännöillä ja asenteilla ei ollut juuri merkitystä niille hoitajille, jotka olivat todella kiinnostuneita näyttöön perustuvasta toiminnasta. Gerrish ym. (2011, 2004) tutkivat näyttöön perustuvaan toimintaan perehtyneiden sairaanhoitajien roolia hoitotyön kehittämisessä ja tulosten mukaan heidän tärkein tehtävänsä oli tiedon välittäminen työyhteisöön, ongelmien ratkaiseminen ja muutosten toteuttamisen helpottaminen.

### *Koulutus*

Tässä tutkimuksessa tuli esille koulutuksen puute näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamiseen esteenä, mikä on havaittu myös useissa muissa tutkimuksissa (esim. Oranta ym. 2001, 33; Gulseren ym. 2009, 1908 - 1918; Elomaa–Mikkola 2010, 7; Daiheim ym. 2012, 367; Omer 2012, 66 - 73; Nickerson–Thurkettle 2012, 1 - 8; Ubbink ym. 2012, 367). Breimaier ym. (2010, 1744) tutkivat hoitajien toiveita, tietoa, asenteita ja esteitä tutkitun tiedon toteuttamisessa käytännössä. Tutkimukseen osallistui yli tuhat itävaltalaisista sairaanhoitajaa ja tulosten mukaan noin puolet heistä koki koulutuksen riittämättömänä. Koulutuksen merkitys korostui myös Egerodin ja Hansen tutkimuksessa (2004, 456) ja sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa (2009, 58) koulutuksen merkitystä korostettiin.

Koulutuksen merkitys näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamisessa on kiistaton ja myös lyhyellä koulutuksella voidaan saada myönteinen vaikutus ai-

kaiseksi. Novak ja McIntyre (2010) totesivat tutkimuksessaan, että jo yhden päivän koulutus voi parantaa näyttöön perustuvaan toimintaan liittyvää tietoa ja helpottaa toiminnan käyttöönottoa ja Alasen (2012, 98) mukaan ammatillisella täydennyskoulutuksella on samantapainen vaikutus. Amerikkalaisessa tutkimuksessa oli tavoitteena kuvata näyttöön perustuvaan toimintaan ja tutkimukseen liittyvän koulutuksen hyötyjä sairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkimuksessa todettiin, että koulutus voimaannuttaa etsimään, kriittisesti arvioimaan ja yhdistämään tutkittua tietoa päivittäisessä hoitotyössä. (Staffileno–Carlson 2009, 84.) Winters ja Echeverri (2012, 49 - 54) totesivat näyttöön perustuvaan toimintaan liittyvässä opettamista koskevassa artikkelissaan, että koulutuksella on tärkeä merkitys myönteisten asenteiden luomisessa. Tässä opinnäytetyössä tuli myös esille, että koulutuksella voidaan vaikuttaa näyttöön perustuvan hoitotyön arvostuksen lisääntymiseen, joka puolestaan voi edistää sen kehittämistä.

Osastonhoitajat arvioivat nuorten hoitajien ammatillisessa peruskoulutuksessa saamaa tietoa näyttöön perustuvasta hoitotyöstä hyväksi. Haastateltavat suhtautuivat luottavaisesti nuorten hoitajien kykyihin näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä ja heidän tiedonhakutaitojaan arvioitiin paremmiksi kuin iäkkäämpien hoitajien. Toisenlaiseen tulokseen päätyivät brittiläiset tutkijat Gerrish ym. (2007, 62 - 72), jotka vertailivat tutkimuksessaan nuorten ja iäkkäämpien hoitajien kokemuksia näyttöön perustuvasta toiminnasta. Tulosten mukaan iäkkäämmät hoitajat olivat aktiivisempia tutkimustiedon hakemisessa kuin nuoret hoitajat.

Nuorilla hoitajilla arvioitiin hyvästä tiedon hallinnasta ja tiedonhakutaidoista huolimatta olevan puutteita tiedon kriittisessä käsittelyssä ja tiedon soveltamisessa käytäntöön. Tulokset tukevat Heikkilän väitöskirjan (2005, 3) tuloksia, joiden mukaan tutkitun tiedon käyttöön liittyvät taidot olivat suurimmalla osalla sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoista tyydyttävät tai heikot. Tutkimustulokset sivuavat myös edellä mainitun Gerrishin ym. (2007, 62 - 72) tuloksia, jossa nuoret hoitajat kokivat ajan ja resurssien puutteen olevan suurimpia esteitä tutkimustiedon käyttöönotossa ja iäkkäämmät hoitajat puolestaan kokivat, että he kykenevät tekemään muutoksia toimintaansa uuden tiedon pohjalta. Forsmanin ym. (2012, 7 - 46) mukaan tutkitun tiedon käyttö

korostui sairaanhoitajien koulutuksessa nykyään, mutta tutkitun tiedon käyttö oli vähäistä valmistumisen jälkeen työelämässä. Luonnollisesti uusien työtehtävien oppiminen uran alkuvaiheessa on tärkeää, jolloin hoitotyön kehittäminen voi jäädä taka-alalle. Tätä ajatusta tukee myös tutkimus, jossa todettiin, että vastavalmistuneet hoitajat kokivat "muutos-shokin" siirtyessään työelämään ja vasta yli kahden vuoden työkokemuksen jälkeen he kykenivät hyödyntämään tutkimustuloksia työssään (Wallin ym. 2012, 7 - 19).

### *Tiedon lähteet*

Osastonhoitajat arvioivat omat tiedonhakutaitonsa huonommiksi kuin nuorten hoitajien taidot, mutta he kuitenkin käyttivät monipuolisia tietolähteitä päivittäessään osaamistaan hoitotyön alueella. Tiivistettyä tietoa haettiin muun muassa Käypä hoito -suosituksista, Terveystietokannasta ja organisaation sisäisestä Intranetistä. Hoitoketjut, ammatilliset tietokannat ja yliopistollisten sairaaloiden ohjeet mainittiin myös tiedon lähteinä. Käypä hoito -suositukset tunnettiin melko hyvin, mutta hoitotyölle laadittuja suosituksia tunnettiin vähän. Hoitotyön suositusten heikko tunteminen on ymmärrettävää sen vuoksi, että niiden laatiminen on melko uutta ja suosituksia on vielä melko vähän saatavilla. Tiedotusta ja koulutusta hoitotyön suosituksista tulisi lisätä, jotta niiden hyödyntäminen käytännön hoitotyössä voisi todella alkaa. Tutkimukseni osoitti, että vaikka suosituksia ja erilaisia ohjeita on jo melko hyvin saatavilla, ajan puute on edelleen esteenä niiden soveltamisessa käytäntöön. Ajan puute on todettu esteeksi myös monissa muissa tutkimuksissa (Chummun–Tiran 2007, 327; Brown ym. 2008, 371; Johansson ym. 2009, 70; Breimaier ym. 2010, 1744; Omer 2012, 66), joissa tutkittiin näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamista.

### *Suosistusten merkitys hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämässä*

Toinen tutkimustehtävä koski osastonhoitajien käsitystä hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämisestä. Käytäntöjen yhtenäistäminen nähtiin tärkeänä hoidon laadun, tehokkuuden ja tasapuolisuuden kehittämisessä. Hoitosuosituksiin, joilla tarkoitettiin Käypä hoito -suosituksia ja organisaation sisäisiä ohjeita, suhtauduttiin myönteisesti ja niiden käytön nähtiin tukevan käytäntöjen yhtenäistämistä. Hoitotyölle laadittujen suositusten merkitys ei tullut esille tässä

tutkimuksessa, koska niiden olemassaolosta oli vain vähän tietoa, eikä käytännön kokemusta niiden vaikutuksesta ollut.

Useiden muiden tutkimusten tulokset hoitosuosituksien vaikutuksista ja henkilökunnan suhtautumisesta suosituksiin ovat olleet samansuuntaisia. Alankomaissa on kehitetty ja otettu käyttöön näyttöön perustuvia hoitosuosituksia 1990-luvulta lähtien ja systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla tutkittiin niiden vaikutuksia. Tulosten mukaan hoitosuosituksien paransivat hoitoprosessia, mutta suosituksien vaikutus potilaiden hoitotuloksiin olivat vaihtelevia. Tutkimuksessa suositeltiin hoitosuosituksien käytön vakiinnuttamista yksilöllisesti potilaan hoidossa. (Lugtenberg–Burgers–Westert 2010.) Hoitosuosituksien käyttöönottoa tutkivat myös Bahtsevani ym. (2010, 514) ja tutkimuksessa todettiin, että suosituksien käytön odotettiin johtavan potilaiden parempaan ja turvallisempaan hoitoon sekä henkilökunnan tiedon lisääntymiseen.

Hoitosuosituksien käytöstä suomalaisessa terveydenhuollossa on vielä vähän tutkimuksia ja tehdyt tutkimukset koskevat useimmiten perusterveydenhuoltoa. Lehtomäki tutki väitöskirjassaan (2009) hoitosuosituksien käyttöönottoa eri ammattiryhmien näkökulmista terveyskeskuksessa. Yleinen asennoituminen suosituksiin oli myönteistä, mutta monilla ammattiryhmäkohtaisilla tekijöillä, organisaation rakenteella ja kulttuurilla oli tärkeä rooli hoitosuosituksien käyttöönotossa ja hoito- ja toimintakäytäntöjen yhdenmukaistamisessa. Suositusten riittämätön tunteminen erityisesti hoitajien kohdalla osoittautui kehittämistä vaativaksi asiaksi. Toimeenpanon kannalta suosituksien moniammatillinen käsittely ja tapojen sopiminen nähtiin tärkeänä, mutta käytännössä vähäisenä. Alasen väitöskirjassa, joka käsitteli verenpainetaudin hoitosuosituksen käyttöönottoa terveyskeskuksessa (2009, 4), todettiin, että hoitajien hoitosuositusasenteet olivat hyvin myönteisiä ja hoitosuosituksia pidettiin luotettavina tiedonlähteinä ja niiden uskottiin parantavan hoidon laatua. Hoitosuosituksien paikallinen soveltaminen sekä johdon ja lääkäreiden tuki olivat hoitajien mielestä keskeisiä käyttöönotossa.

Yhtenäisten suosituksien nähtiin tämän tutkimuksen tulosten perusteella helpottavan osastonhoitajien ja hoitohenkilökunnan toimintaa, kuten Perälä ja Pelkonen (2012) kuvaavat myös: Johtamisen näkökulmasta hoitosuosituksien

systemaattinen käyttö merkitsee johtamisen helpottumista, voimavarojen tehokkaampaa käyttöä ja organisaation tulosten parantumista. Hoitosuositusten merkityksestä hoitohenkilökunnalle ja hoitotyön johtajille päätöksenteon tukena on kuitenkin vähän tutkimustietoa. Aiemmissa tutkimuksissa on korostunut hoitosuositusten merkitys lähinnä lääkäreiden työhön. Esimerkiksi Mäkelä ja Kunnamo kirjoittavat kansainvälisessä julkaisussaan (2001) suositusten käytöstä lääkärin vastaanotolla suomalaisessa perusterveydenhuollossa ja siitä, miten suositukset helpottavat lääkärin päivittäistä työtä.

Tässä tutkimuksessa tuli esille, että jo olemassa olevien hoitoketjujen hyödyntäminen oli puutteellista. Näin ollen hoitoketjuille asetettu tavoite käytäntöjen yhtenäistämisestä ei toteutunut organisaatioissa. Jotta hoitoketjut eivät jäisi vain suunnitelmien tasolle, on tiedotuksen lisääminen, moniammatillisuuden hyödyntäminen niiden laadinnassa ja hoitoketjujen päivittäisestä huolehtimisesta tarpeellista.

#### *Hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämiseen liittyvät haasteet*

Käytäntöjen muuttaminen yhtenäisiksi vaati aikaa ja toimintakulttuurin muutosta organisaatiossa. Erikoissairaanhoidon toiminta on jaettu erikoisalojen ja tulosalueiden mukaan ja tässä tutkimuksessa osastonhoitajat edustivat sekä operatiivista että konservatiivista tulosaluetta. Tulosalueiden rajat koettiin hidastavan käytäntöjen yhtenäistämistä ja toiminnan lokeroituminen tulosalueittain johti siihen, että hoitotyön kehittäminen oli pirstaleista organisaatiossa. Myös eri ammattikuntien välisen yhteistyön puute oli esteenä käytäntöjen kehittämiselle yhtenäisiksi. Tutkimustulos tukee vuonna 2007 pidetyn "Suositusten implementointi ja hoitoketjut" -konferenssin lausumaa, jossa todettiin, että hoitosuositusten käyttöönotto ja hoitokäytäntöjen muuttaminen oli haasteellista. Hoitosuositusten ja hoitoketjujen käyttöönoton haasteet liittyvät organisaatioon, kykyihin, sosiaalisiin tekijöihin sekä motivaatioon (Gaddis–Greenwald–Huckson 2007) ja myös Perälän ja Pelkosen (2012) mukaan työyhteisön toimintakulttuurilla on merkitystä suositusten käyttöönotossa.

Hoitotyön johtajien antaman tuen merkitys korostui hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämässä, mikä on yhteneväinen useiden muiden tutkimustulosten kanssa (esim. Johansson ym. 2009, 70; Holopainen ym. 2010, 38 - 44; Poe–

White 2010, 7; Korhonen ym. 2012, 40 - 42; Leino-Kilpi–Lauri 2003, 17). Tässä opinnäytetyssä tuli esille, että osastonhoitajat kokivat hoitotyön ylemmän johdon tuen riittämättömänä hoitotyön kehittämisen osalta. Voidaankin kysyä, onko taloudellisuuden ja tehokkuuden korostaminen terveydenhuollon toiminnassa vienyt liikaa aikaa hoitotyön kehittämiseltä.

Yhteistyön kehittäminen lääkäreiden kanssa nähtiin tärkeänä, kuten Laaksonen ym. (2012, 46) korostavat myös yhteistyön ja yhteistoiminnallisuuden merkitystä eri ammattiryhmien välillä. Heidän mukaansa eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on asiantuntijuuteen perustuvan tiedon käyttöä parhaimmillaan. Tässä tutkimuksessa nähtiin toiminnan kehittämisen haasteena lääkäreiden perinteinen, professioon sidottu valta, joka hidasti hoitotyön kehittämistä. Myös Brown ym. (2008, 371) totesivat tutkimuksessaan hoitotyön autonomian puutteen olevan huomattavana esteenä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä. Brown ym. tutkivat kalifornialaisten sairaanhoitajien (n=458) tietoja, asenteita ja kokemia esteitä näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotossa. Tämän tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että hoitotyön kehittäminen itsenäisesti sairaalaorganisaatioissa on vaikeaa ja voidaan kysyä, onko se edes tarkoituksenmukaista moniammatillisessa organisaatiossa. Joka tapauksessa hoitotyön ammattikunnan ja hoitotyön johtajien aseman vahvistaminen sairaalaorganisaatioissa ovat ensiarvoisen tärkeitä hoitotyön ja tasavertaisen yhteistyön kehittämisessä lääkäreiden kanssa. Merkkejä tällaisesta muutoksesta antaa Virtasen väitöskirja (2010, 3), jossa tutkittiin lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien keski- tai ylimpään johtoon kuuluvien johtajien toimintakenttää erikoissairaanhoidossa. Tutkimustulosten mukaan johtajien ammattikenttä jakaantui kahden ammattikunnan, hoitajien ja lääkäreiden mukaisesti. Kumpikin ammattikunta hoiti omat asiansa, eivätkä johtajat yleensä puuttuneet toiseen ammattikuntaan kuuluvien johtamiseen.

Hoitotyön kehittämiseen liittyy haasteita, jotka koskevat erityisesti pieniä keskussairaaloita. Aiemmissa tutkimuksissa ei tällaista eroa yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden välillä ei ole tehty. Hoitotieteellisen tutkimuksen keskittyminen yliopistollisiin sairaaloihin ja yhteistyön vähäisyys yliopistojen ja keskussairaaloiden välillä hidastavat hoitotyön kehittämistä ja myös vähäinen resursointi keskussairaaloissa oli esteenä hoitotyön kehittämisessä. Hoi-

tosuosituksset kuitenkin helpottavat hoitotyön kehittämistä ja nykyajan tietotekniikan avulla uusin tieto on kaikkien saatavilla nopeasti, kuten Morris ym. (2001, 578) toteavat, että Internet on tärkeä linkki tieteen ja käytännön työn välillä. Näyttöön perustuvien suositusten käyttöönottoon ei kuitenkaan riitä tietokone, vaan siihen tarvitaan ihmisiä, hoitotyön ammattilaisia.

#### *Asiantuntijahoitajan merkitys hoitotyön kehittämisessä*

Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseen ja käytäntöjen yhtenäistämiseen tarvittiin esimiesten lisäksi vastuuhenkilöä organisaatioissa ja useissa muissa tutkimuksissa on saatu vastaavanlaisia tuloksia. Australialaisessa tutkimuksessa todettiin, että kliinisen hoitotyön ja tutkimustyön välille tarvitaan eräänlainen konsultti, jonka tehtävänä on auttaa tutkimustiedon siirtämisessä käytäntöön (Currey ym. 2011, 2275). Samanlaiseen tulokseen päätyivät myös Chummun ja Tiran (2007, 327), jotka suosittelivat konsulttihoitajaa, jonka tehtäviin kuuluisi lisätä tutkimusnäytön käyttöä, luoda tutkimuksiin otollinen ilmapiiri ja auttaa henkilökuntaa lukemaan tutkimuksia ja siirtämään tutkimustuloksia käytäntöön.

Suomalaisiin yliopistollisiin sairaaloihin on perustettu vastaavanlaisia kliinisen asiantuntijan toimia, joiden tehtävänä on näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen. Tutkimustietoa kliinisen asiantuntijan toiminnasta on vielä vähän, mutta Judinin–Kauppilan–Leinosen–Mårdin–Vähätalon (2008) artikkelissa käsiteltiin aihetta Tampereen yliopistollisen keskussairaalassa saatujen kokemusten pohjalta. Artikkelin mukaan kliinisen asiantuntijan toiminnan olennaisin vaikuttavuus tulee ilmentyä konkreettisessa hoitotyössä. Kliinisen asiantuntijan johdolla oli kehitetty muun muassa sairaanhoitajien poliklinista vastaanottotoimintaa ja raportointia. Kliinisen asiantuntijan toiminnan vaikuttavuus ilmeni henkilökunnan tiedon ja taidon uudistumisena, näyttöön perustuvan hoitotyön sekä työtyytyväisyyden lisääntymisenä. Fagerstro ja Glasberg (2011, 925 - 932) tutkivat hoitotyön johtajien käsitystä kliinisen hoitotyön asiantuntijoiden roolista Suomessa ja tulosten mukaan heillä oli tärkeä rooli organisaatiossa muun muassa näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. Hätösen (2012, 98) mukaan hoito-organisaatioissa on pyritty turvaamaan hoitotyön laatua ja henkilöstön kehittymistä perustamalla hoitotyön asiantuntijatehtäviä. Tutkimukseni osoitti, että asiantuntijahoitajan toimelle olisi tarvet-

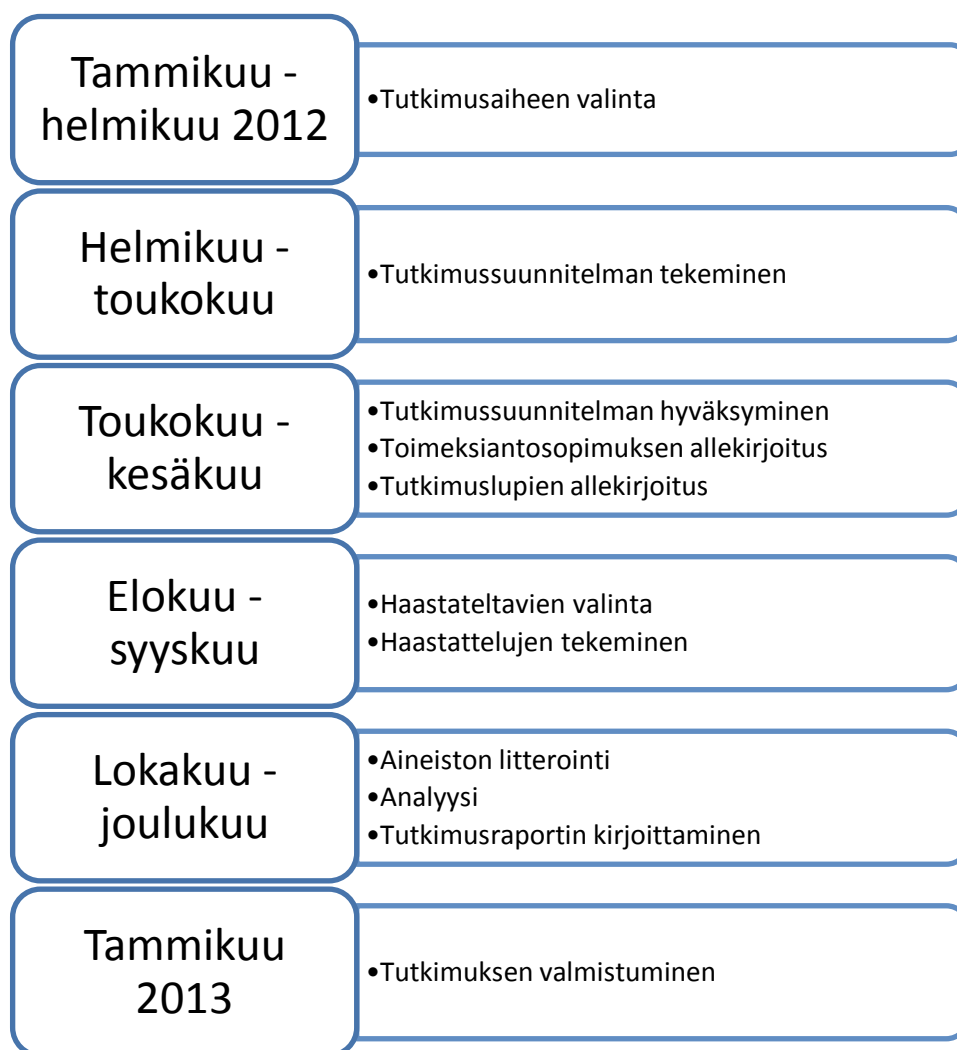


ta myös yliopistosairaaloita pienemmissä yksiköissä, kuten keskussairaaloissa, koska hoitotyön johtajien ja henkilökunnan aika ei tällä hetkellä riitä hoitotyön kokonaisvaltaiseen kehittämiseen.

### *Opinnäytetyön liittyminen koulutusohjelmaan ja sairaanhoitopiirien strategioihin*

Tämä opinnäytetyö on osa ylemmän ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen koulutusohjelman opintojani. Terveyden edistäminen kuuluu myös molempien sairaanhoitopiirien strategiaan (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2012; Lapin sairaanhoitopiiri 2012). Näyttöön perustuvan hoitotyön ja yhteinäisten hoitokäytäntöjen kehittäminen voidaan nähdä yhtenä keinona terveyden edistämässä, koska niiden tavoitteena on antaa potilaalle parasta mahdollista ja vaikuttavaa hoitoa. Tämä opinnäytetyö sopii siis sekä koulutusohjelman sisältöön että sairaanhoitopiirien strategiaan.

Opinnäytetyön vaatimukseen kuuluu, että se on hankkeistettu. Opinnäytetyö on hankkeistettu, kun sen tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää sen tuloksia omassa toiminnassa. (Rovaniemen ammattikorkeakoulu 2012, 8.) Hoitotyön kehittäminen on ollut usein keskustelun aiheena työyhteisössäni, joten aihe on työelämälähtöinen, vaikka aiheen valinta lähti omasta mielenkiinnostani hoitotyön kehittämistä kohtaan. Opinnäytetyön tekeminen on lisännyt omaa ymmärrystäni aiheesta ja myös kykyni tutkijana on kehittynyt tämän tutkimuksen tekemisen aikana. Tutkimusprosessi kesti tammikuusta 2012 seuraavan vuoden tammikuuhun (Kuvio 5).



Kuvio 5. Tutkimuksen aikataulu

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu (Tuomi–Sarajärvi 2009, 140) ja tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisen kaikista vaiheista (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä käytetään Kylmän ja Juvakan (2007, 128 - 129) mukaan uskottavuutta, vahvistettavuutta, siirrettävyyttä ja refleksiivisyyttä.

### *Uskottavuus ja vahvistettavuus*

Uskottavuus (credibility) tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkijan on siis varmistettava, että tulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä tutkimuskohteesta.

Vahvistettavuus (dependability) tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset perustuvat aineistoon, eivätkä tutkijan käsityksiin. Vahvistettavuus edellyttää koko tutkimusprosessin kirjaamista siten, että tutkimuksen kulkua voidaan seurata (Kylmä–Juvakka 2007, 128, 129). Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt objektiivisesti ja rehellisesti tuomaan esille haastateltavien käsitykset tutkittavasta aiheesta ja tutkimustulosten raportissa on haastateltavien alkuperäisiä ilmaisuja, joiden tarkoituksena on parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Kategorioiden muodostamisesta olen raportoinut yhden esimerkinomaisesti ja koska olen muodostanut kaikki kategoriat samalla periaatteella, katsoin tarpeettomaksi esittää kaikkia pelkistettyjä ilmaisuja ja kategorioiden muodostamista. Tämän rajauksen uskon helpottavan myös tutkimusraportin luettavuutta. Tutkimusraportissa olen pyrkinyt tuomaan avoimesti esille tutkimuksen tekemisen kaikki vaiheet, jotta lukija voi seurata tutkimuksen kulkua ja tehdä itse päätelmiä tutkimuksen luotettavuudesta.

### *Siirrettävyys*

Siirrettävyys (transferability) tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin (Kylmä–Juvakka 2007, 128, 129). Tutkimustuloksia en ole tarkoittanut yleistettäväksi muihin organisaatioihin, vaan tulokset liittyvät tutkimuksessa rajattuihin kohdeorganisaatioihin. Tutkimuksen lukijat voivat itse arvioida, missä määrin tuloksia voidaan yleistää ja hyödyntää kohdeorganisaatioiden ulkopuolella. Oma arvioni on, että tuloksia voidaan pitää suuntaa antavia lähinnä pienissä keskussairaaloissa.

### *Refleksiivisyys*

Refleksiivisyys edellyttää sitä, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä (Kylmä–Juvakka 2007, 128, 129). Haastattelijalle asetettuja vaatimuksia on tutkimuskirjallisuudessa paljon. Hänen tulee tuntea aihepiiri ja osata keskustella asiasta, pitää mielessään haastattelun tarkoitus ja johtaa keskustelua sen mukaisesti. Haastattelijan tulee ymmärtää, miten hänen käyttäytymisensä vaikuttaa haastateltavaan ja toisaalta ymmärtää haastateltavan motiiveja. (Hirsjärvi–Hurme 2009, 49; Kvale–Brinkmann 2009, 17.) Minulla ei ollut kokemusta tutkimushaastattelun tekemisestä, mutta esihaastattelut antoivat varmuutta haastattelujen vetämiselle ja uskon, että useamman haastattelun tekeminen ei olisi muuttanut toimintaani haastattelutilan-

teessa merkittävästi. Pitkä työkokemus sairaanhoitajana keskussairaalassa on lisännyt luonnollisesti ymmärrystäni tutkimusaiheesta, mutta toisaalta se on voinut tiedostamattani johdatella ajatuksiani teemojen valinnassa. Lisäksi on mahdollista, että oma asemani ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijana on vaikuttanut haastateltavien esille tuomiin asioihin siten, että osallistujat ovat voineet puhua asioista, joita he olettivat haastattelijan haluavan kuulla.

### *Lähteiden merkitys tutkimuksen luotettavuuteen*

Tutkimuksen lähteinä olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman tuoreinta tietoa, mutta muutamat lähteet ovat yli kymmenen vuotta vanhoja. Tämä on tietoinen valinta, jolla pyrin tuomaan esille sitä, että kansainvälistä tutkimustietoa aiheesta on pitkältä aikaväliltä. Suomalaisia tutkimuksia näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen yhtenäistämisestä hoitohenkilökunnan tai osastonhoitajien näkökulmasta oli vähän saatavilla, joten pohdinnassa käytin vertailukohteena pääasiassa ulkomaisia tutkimuksia. Tutkimukset hain Cinahl- ja Medline -tietokannoista, joissa artikkeleiden tasoa pidetään yllä referee-järjestelmällä. Referee-järjestelmällä tarkoitetaan sitä että, kun artikkeli on lähetetty hyvälaatuiseen tieteelliseen julkaisusarjaan, artikkeli ohjautuu ilman tekijöiden nimiä referee-lausunnon antajille. Yleensä kaksi riippumatonta kyseisen alan asiantuntijaa lukee artikkelin ja arvioi sen tieteellisiä ja teknisiä avuja ja puutteita ja lähettää sen tarvittaessa takaisin uudistettavaksi tai hylkäävät tutkimuksen julkaisun. (Metsämuuronen 2006, 27.)

## **8.3 Tutkimusmetodin pohdinta**

Tutkimuksen aineisto perustuu kahteen fokusryhmähaastatteluun. Ryhmähaastattelun valinta ei ollut itsestäänselvyys tutkimuksen alkuvaiheessa, vaan pohdin yksilöhaastattelua toisena vaihtoehtona. Ryhmähaastattelun edut tulivat kuitenkin selkeästi esille haastatteluissa (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 2010; Hirsjärvi–Hurme 2009, 35, 63; Hennink ym. 2011, 136). Osallistujat keskustelivat keskenään, kyselivät toisiltaan ja täydensivät muiden vastauksia. Yksilöhaastatteluilla en todennäköisesti olisi saanut yhtä monipuolista aineistoa. Sopivan haastatteluajankohdan löytäminen oli kuitenkin hieman haasteellista. Teemojen käyttö haastattelun runkona oli selvää tutkimuksen alkumetreiltä lähtien. Aihe oli verrattain uusi, joten täysin strukturoimattoman

haastattelun tekeminen olisi voinut olla todella haasteellista, jopa kiusallista sekä haastattelijan että osallistujien kannalta.

Osastonhoitajien valinta haastateltaviksi oli mielestäni onnistunut valinta, koska heillä oli runsaasti tietoa tutkimusaiheesta. Koska haastateltavien joukko oli hyvin pitkälle homogeeninen, keskustelut olivat hedelmällisiä (ks. Eskola–Suoranta 2005, 96). Haastateltavat jakaantuivat kuitenkin epätasaisesti kahden organisaation välillä, Länsi-Pohjan keskussairaalaasta osallistui viisi ja Lapin keskussairaalaasta kaksi vastaajaa. Työskentelen Länsi-Pohjan keskussairaalaassa, joten olin tuttu suurimmalle osalle tämän organisaation haastateltavista, mikä on voinut helpottaa heidän kynnystään osallistua tutkimukseen. Vastaavasti tuntemattomuuteni Lapin keskussairaalaassa saattoi vähentää osallistujia ja sopivan haastatteluajankohdan löytäminen kaikille tutkimukseen halukkaille oli mahdotonta. Vaikka toinen organisaatio oli vahvemmin edustettuna osallistujien määrällä mitattuna, en usko sillä olevan merkitystä tutkimustulosten kannalta, koska kyseessä oli laadullinen, ei määrällinen tutkimus. Tässä tutkimuksessa ei ollut tarkoituksena vertailla tuloksia organisaatioiden välillä, vaan muodostaa kokonaiskuva tutkimusaiheesta kahden haastattelun antaman aineiston avulla.

Luottamus on tutkimushaastattelun avainkysymys. Haastattelun anti on riippuvainen siitä, saavuttaako haastattelijä osallistujien luottamuksen. (Eskola–Suoranta 2005, 93.) Haastattelun alussa mainitsin, että haastateltavien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa esille. Tämän uskoin lisäävän vastaajien luottamusta haastattelijaan, joka ilmeni pienen alkujännityksen jälkeen vapautuneena keskusteluna. Osallistujat olivat selvästi innostuneita aiheesta, mikä helpotti minua tutkijana. Kuitenkin oletan, että haastatteluun osallistujat olivat kiinnostuneempia aiheesta kuin haastattelusta kieltäytyneet tai haastattelupyyntöön välinpitämättömästi suhtautuneet, mikä on voinut vaikuttaa myös tutkimustuloksiin. Asiasta kiinnostuneet voivat suhtautua myönteisemmin aiheeseen, mutta heillä voi olla myös kriittisempiä käsityksiä aiheesta kuin tutkimukseen osallistumattomilla osastonhoitajilla. Haastattelun aikana oli havaittavissa jonkin verran eroja vastaajien aktiivisuudessa, vaikka pyrin antamaan puheenvuoroja tasapuolisesti. Tämä näkyy tulosten raportoinnissa

siten, että eräiden haastateltavien alkuperäisiä ilmaisia ilmenee useammin kuin muiden.

Tämän tutkimuksen aineisto koostui kahden fokusryhmähaastattelun litteroidusta sisällöstä. Litteroinnissa tein jo alustavaa analyysia, koska jätin epäolennaisia ilmaisia kirjoittamatta ja käytin samaa logiikkaa koko litteroinnin ajan, mikä vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. Aineistonanalyysi jatkui aineiston pelkistämällä ja kategorioiden muodostamisella. Ruusuvuoren ym. (2011) mukaan tutkimusaineiston sisällön alustavakin jäsentely ja järjestely sisältävät jo itsessään tutkijan tekemiä teoreettisia valintoja ja tulkintoja ja kvalitatiivisissa analyyseissa on usein merkitysten tulkintaa (Hirsjärvi–Hurme 2009, 11). Aineiston analysointi ja tulosten merkityksen esille tuominen on siis aina jossain mielessä tulkintaa. Tutkimusraportin kirjoittamisen edetessä palasin litteroituun tekstiin usein, eikä minun tarvinnut tehdä olennaisia muutoksia analyysiini. Näin ollen analyysiani voidaan pitää luotettavana. Analysoinnin loppuvaiheessa havaitsin, että kahden haastattelun antama aineisto oli samansuuntaista, joten en katsonut uusien haastattelujen tekemisen tarpeelliseksi uuden aineiston tuomiseksi tutkimukseen.

#### **8.4 Eettiset kysymykset**

Yksi tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden sekä sen luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön (good scientific practice) edellyttämällä tavalla. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkijat noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tämän tutkimuksen tekemisessä olen noudattanut hyvän tieteellisen käytännön kriteerejä tutkimuksen tekemisen kaikissa vaiheissa, suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa. Tutkimussuunnitelma valmistui toukokuussa 2012. Toimeksiantosopimus (liite 3), jonka allekirjoitti operatiivisen tulosalueen ylihoitaja, tehtiin vain Länsi-Pohjan keskussairaalan kanssa, koska yksi toimeksiantaja opinnäytetyössä on riittävä. Tutkimusluvut (liitteet 4 ja 5) hain molemmista keskussairaaloista niiden tutkimusta koskevi-

en ohjeiden mukaisesti ja ylihoitajat allekirjoittivat tutkimusluvut touko-kesäkuun vaihteessa.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkijat soveltavat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja toteuttavat tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksensa tuloksia julkaistessaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimusraportin kirjoittamisessa olen pyrkinyt tuomaan avoimesti esille tutkimuksen kaikki vaiheet ja osuuttani tutkijana olen arvioinut myös tuoden esille vahvuuteni ja heikkouteni siltä osin, miten ne ovat vaikuttaneet tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija ottaa muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon niin, että kunnioittaa näiden työtä ja antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan. Tässä tutkimuksessa olen merkinnyt lähdeviitteet asianmukaisesti ja erottanut oman tekstini muiden tutkijoiden tekstistä.

Tutkimustulosten omistajuutta ja aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset määritellään ennen tutkimuksen aloittamista (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tämän tutkimuksen aineisto, haastattelujen nauhoitukset ja litteroinnit hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua, eikä niitä käytetä muiden tutkimusten aineistona. Tutkimuslupien allekirjoittaneiden kanssa on sovittu, että he saavat tutkimuksen käyttöönsä sen valmistuttua ja tutkimus tallennetaan ammattikorkeakoulujen sähköiseen verkkokirjastoon, Thesukseen.

Tutkimusmetodikirjallisuudessa korostetaan luottamuksen rakentamisen haastattelijan ja haastateltavan välille olevan haastattelun onnistumisen edellytys. Tällä tarkoitetaan sitä, että haastattelijan on kerrottava haastateltaville haastattelun tarkoituksesta, pidettävä saamiaan tietoja luottamuksellisina ja suojeltava haastateltavien anonymiteettiä. (Tiittula–Ruusuvuori 2005, 41.) Mäkisen (2006, 114) mukaan anonymiteetin säilymisellä on etuja myös tutkimuksen kannalta. Lupaus henkilöllisyyden salaamisesta rohkaisee ihmisiä puhumaan rehellisesti ja suoraan ja helpottaa näin tutkimuksen kannalta olennaisten tietojen keräämistä. Tähän tutkimukseen osallistuneiden henki-

öllisyys ei tule esille tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden valikoituminen ja haastattelusta sopiminen tapahtui kahdenkeskisen sähköpostin välityksellä. Haastateltavien alkuperäisiä lausumia ei ole muutettu, eikä niissä esille tulevaa murretta ole pyritty häivyttämään, vaan niillä on pikemminkin pyritty lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen raportoinnissa olen tuonut selvästi esille organisaatiot, joissa tutkimus tehtiin. Pohdin tarkasti, pitäisikö tutkimusraportissa häivyttää organisaatiot haastateltavien anonymiteetin takaamiseksi, kuten monissa laadullisissa tutkimuksissa tehdään. Arvioin kuitenkin, että tässä tutkimuksessa ei tullut esille mitään sellaista arkaluonteista tietoa, joka vaatisi organisaatioiden peittämistä raportissa ja lisäksi sairaalaorganisaatiot ovat julkisia. Mäkisen (2006, 119) mukaan julkisen organisaation tehtävänä on edistää yhteistä hyvää, mihin voidaan lukea myös tutkimuksen palveluksessa oleminen. Lisäksi niiden tulisi olla avoimia julkiselle tarkastelulle. Näiden perustelujen pohjalta päätin tuoda organisaatioiden nimet tutkimusraportissa esille.

Hirsjärven ja Hurmeen (2009, 20) mukaan tärkeimpiä eettisiä periaatteita ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa ovat informointiin perustuva tutkimus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. Informointiin perustuvassa suostumuksessa periaatteena tulisi olla, että haastateltava on antanut suostumuksensa asianmukaisen informaation pohjalta. (Hirsjärvi–Hurme 2009, 20.) Tässä tutkimuksen saatekirjeessä ilmeni tutkimuksen tarkoitus, tavoite, tutkimusmenetelmä, tutkimuksen hyödynnettävyys sekä haastateltavien anonymiteetti. Ennen haastattelun alkua korostin, että haastateltavien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa esille. Informaation pohjalta haastateltavat antoivat vapaaehtoisen suostumuksensa osallistumalla haastatteluun. Informaatiossa ei kuitenkaan tullut esille, että haastateltavien alkuperäisiä lausuntoja voidaan käyttää tutkimusraportissa. Alkuperäisten lausuntojen käyttäminen on kuitenkin tavanomaista laadullisessa tutkimuksessa ja arvioin, että tämä oli haastateltavien tiedossa.



## 8.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

1. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön suhtauduttiin myönteisesti ja sen toteuttaminen hoitotyössä oli jonkin verran yleistynyt kohdeorganisaatioissa, mutta sen toteuttamista käytännössä tulee lisätä ja kehittää edelleen. Koulutuksen järjestäminen näyttöön perustuvasta hoitotyöstä on edellytyksenä sen kehittämisessä. Koulutusta tulisi järjestää organisaation sisällä, mutta myös täydennyskoulutuksen järjestäminen yhteistyössä ammattikorkeakoulujen kanssa on varteenotettava vaihtoehto.

2. Osastonhoitajilla oli tärkeä rooli hoitotyön kehittämisessä, mutta ajan puute vaikeutti sen toteuttamista. Hoitotyön lähiesimiesten töiden delegointia esimerkiksi apulaisosastonhoitajille ja hoitohenkilökunnalle tulee kehittää, jotta osastonhoitajille jää enemmän aikaa hoitotyön kehittämiseen. Myös hoitohenkilökuntaa tulee voida irrottaa päivittäisestä työstä hoitotyön kehittämiseen.

3. Yhtenäisten käytäntöjen merkitys hoitotyön kehittämisessä on tärkeää, koska ne parantavat hoidon laatua, tukevat taloudellisuutta ja helpottavat potilaan hoitoa koskevaa päätöksentekoa. Yhtenäisiä hoitokäytäntöjä tulee kehittää ottamalla käyttöön hoitosuosituksia ja hoitotyön suosituksia sekä hyödyntämällä jo olemassa olevia hoitoketjuja.

4. Hoitotyön kehittäminen nähtiin pirstaleisena toimintana. Hoitotyön kehittämiseen tulee nimetä osastonhoitajien toiminnan tueksi vastuuhenkilö, jonka tehtäviin kuuluu hoitotyön kehittämisen koordinointi ja ohjauksen antaminen yksiköihin. Vastuuhenkilölle tulee antaa riittävästi aikaa kehittämiseen.

5. Hoitosuosituksista Käypä hoito -suositukset tunnettiin melko hyvin ja niitä myös hyödynnettiin käytännön hoitotyössä, mutta hoitotyölle laadittuja suosituksia tunnettiin vähän. Hoitotyön suositusten tiedottamista tulee tehostaa esimerkiksi liittämällä ne Käypä hoito -suositusten verkkosivuille.

6. Hoitotyön ylemmän johdon rooli koettiin riittämättömänä hoitotyön kehittämisessä ja käytäntöjen yhtenäistämässä. Yhteistyötä ylihoitajien ja osas-

tonhoitajien välillä tulee tehostaa hoitotyön kehittämisen osalta ja yhteistyötä tulee kehittää myös lääkäreiden kanssa. Hoitotyön käytäntöjen kehittäminen yhtenäisiksi vaatii moniammatillista yhteistyötä.

Tämän tutkimuksen tulokset antavat kuvan osastonhoitajien näkökulmasta näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamisesta ja käytäntöjen yhtenäistämisestä. Jatkotutkimuksissa olisi mielenkiintoista selvittää myös muiden hoitotyön ammattiryhmien, kuten ylihoitajien ja sairaanhoitajien, näkemyksiä asiasta.

Moniammatillisen yhteistyön haasteet nousivat esille tässä tutkimuksessa. Eri ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön liittyvien tekijöiden selvittäminen tutkimuksella olisi mielenkiintoista.

Kliinisen asiantuntijan tai vastaavan henkilön toiminnasta on vähän tutkimustietoa saatavilla. Tutkimustietoa aiheesta olisi tarpeellista lisätä ja siten saada näyttöä toiminnan vaikutuksesta muun muassa potilaiden hoitoon ja henkilökunnan osaamiseen.

Hoitoketjujen hyödyntämisen heikkous tuli esille tässä tutkimuksessa. Tietoa hoito- ja palveluketjujen käytöstä ja vaikuttavuudesta alueellisella ja kansallisella tasolla tulisi saada tutkimuksilla.

Yliopistojen ja yliopistollisten sairaaloiden yhteistyö keskussairaaloiden kanssa oli tämän tutkimuksen mukaan vähäistä. Yhteistyön käytännöistä ja niiden kehittämisestä olisi tarpeellista saada laajempaa tutkimustietoa kuin tämän tutkimuksen tulokset tuottivat.

## LÄHTEET

- Alanen, S. 2009 Implementing An Evidence-Based Hypertension Guideline Into Finnish Primary Care Nursing. Väitöskirja. Osoitteessa <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/44971/AnnalesD851Alanen.pdf?sequence=1>.
- Alanen, S. 2012. Suositusten käyttöönottoa estävät ja edistävät tekijät. Sairaanhoidajapäivät 22.-23.3.2012. Luento-ohjelma/ Tiivistelmäkirja, 100.
- Bahtsevani, C. – Willman, A. – Stolz, P. – Östman, M. 2010. Experiences of the implementation of clinical practice guidelines - interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24 / 2010, 514 - 522.
- Bauer, J. 2010. Nurse practitioners as an underutilized resource for health reform: Evidence-based demonstrations of cost-effectiveness. *Journal of the Academy of Nurse Practitioners* 2010 / 22, 228 - 231.
- Breimaier, H. – Halfens, R. – Lohrmann, C. 2010. Nurses` wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing* 2011 / 20, 1744 - 1756.
- Brown, C. – Ecoff, L. – Kim, S. – Wickline, M. – Rose, B. – Klimpel, K. – Glaser, D. 2010. Multi-institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 19 / 2010, 1944 - 1951.
- Brown, C. – Wickline, M. – Ecoff, L. – Glaser, D. 2008. Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of Advanced Nursing* 2008 / 65(2), 371 - 381.
- Burns, N. – Grove, S. 2001. The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization. (4. ed.) Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Chummun, H. – Tiran, D. 2007. Increasing research evidence in practise: a possible role for the consultant nurse. *Journal of Nursing Management* 2008 / 16, 327 - 333.
- Cranley, LA. – Birdsell, JM. – Norton, PG. – Morgan, DG. – Estabrooks, CA. 2012. Insights into the impact and use of research results in a residential long-term care facility: a case study. *Implementing Science* 2012 / 13, 90.
- Currey, J. – Considine, J. – Khaw, D. 2011. Clinical nurse research consultant: a clinical and academic role to advance practice and the discipline of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2011 / 67 (10), 2275 - 2283.

- Daiheim, A. – Harthug, S. – Nilsen, RM. – Nortvedt, MW. 2012. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *Health Services Research* 2012 / 12 (1), 367.
- Dobbins, M. – Hanna, SE. – Ciliska, D. – Manske, S. – Cameron, R. – Mercer, SL. – O'Mara, L. – DeCorby, K. – Robeson, P. 2009. A randomized controlled trial evaluation the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implementing Science* 2009 / 23, 4 - 61.
- Egerod, I. – Hansen, G. 2005. Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. *Journal of Advanced Nursing* 2005 / 51 (5), 465 - 473.
- Elomaa, L. 2003. Tutkimustiedon käyttö ja sen edellytykset hoitotyössä. *Tutkiva Hoitotyö* Vol.1 2/2003, 5 - 14.
- Elomaa, L. – Mikkola, H. 2010. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. Osoitteessa <http://loki.turkuamk.fi>.
- Eskola, J. – Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, J. – Vastamäki, J. 2001. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. – Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin (toim. J. Aaltola – R. Valli), 24 - 36. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Facchiano, L. – Snyder, C. 2012. Evidence-based practice for the busy nurse practitioner: Part one: Relevance to clinical practice and clinical inquiry process. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2012 / 24(10), 579.
- Fagerstro, L. – Glasberg, A-L. 2011. The first evaluation of the advanced practice role in Finland - the first perspective of nurse leaders. *Journal of Nursing Management* 2011 / 19, 925 - 932.
- Finnish Branch of the Nordic Cochrane Centre 2012. Etusivu. Osoitteessa <http://finnishbranch.cochrane.org/fi/tervetuloa>. 18.11.2012.
- Finohta 2012. Yleistä. Osoitteessa <http://finohta.stakes.fi/FI/yleista/index.htm>. 21.10.2012.
- Forsman, H. – Rudman, A. – Gustavsson, P. – Ehrenberg, A. – Wallin, L. 2012. Nurses' research utilization two years after graduation - a national survey of associated individual, organizational and educational factors. *Implementing Science* 2012 / 18, 7 - 46.

- French, B. 2002. What is the evidence-based nursing? An epistemological concern. *Journal of Advanced Nursing* 2002 / 37 (3), 250 - 257.
- French, B. 2003. The process of research use in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2005 / 49, 125 - 134.
- French, B. 2005. Evaluating research for use in practice: What criteria do specialist nurses use? *Journal of Advanced Nursing* 2005 / 50, 235 - 243.
- Gaddis, GM. – Greenwald, P. – Huckson, S. 2007. Toward improved implementation of evidence-based clinical algorithms: clinical practice guidelines, clinical decision rules, and clinical pathways. *Academic Emergency Medicine* 2007 / 14(11), 1015-22.
- Gale, BV — Scaffer, MA 2009. Organizational readiness for evidence-based practice. *Journal of Nursing Administration* 2009 / 39(2), 91 - 97.
- Gerrish, K. – Ashworth, P. – Lacey, A. – Bailey, J. 2007. Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2008 / 62(1), 62 - 73.
- Gerrish, K. – McDonnell, A. – Nolan, M. – Guillaume, L. – Kirshbaum, M. – Tod, A. 2012. The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2011 / 67(9), 2004 - 2014.
- Gerrish, K. – Nolan, M. – McDonnell, A. – Tod, A. – Kirshbaum, M. Guillaume, L. 2012. Factors Influencing Advanced Practice Nurses' Ability to Promote Evidence-Based Practice among Frontline Nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2012 / 9 (1), 30 - 39.
- Gulseren, K – Seyda, S. – Ayhan, A. – Seyyare, K. – Nergiz, B. – Havva, A. 2009. Barriers to research utilisation by staff nurses in a university hospital. *Journal of Clinical Nursing* 2010 / 19, 1908 - 1918.
- Heikkilä, A. 2005. Ammattikorkeakoulusta valmistuvien hoitotyön opiskelijoiden tutkitun tiedon käyttö. Väitöskirja. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Turku.
- Heikkilä, A. 2008. Tutkimustiedon käytön osaajaksi ammattikorkeakoulussa. Osoitteessa <http://www.uasjournal.fi/index.php/osaaja/article/view/175/355>. 21.10.2012.

- Hennink, M. – Hutter, I. – Bailey, A. 2011. Qualitative Research Methods. Cornwall: TJ International Ltd.
- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press (Yliopistopaino).
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hoitotyön tutkimussäätiö 2012. Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. Osoitteessa [www. hotus. fi](http://www.hotus.fi). 1.12.2012.
- Holopainen, A. – Korhonen, T. – Miettinen, M. – Pelkonen, M. – Perälä, M-L. 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi - toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. Pre-missi 1, 38 - 44.
- Hovi, S-L. – Saranto, K. – Korhonen, T. – Korhonen, A. – Holopainen, A. 2011. Järjestelmällinen katsaus on paljon muutakin kuin tiedon hakua. Tutkiva Hoitotyö Vol.9 (2), 37.
- Hyvärinen, M. – Löyttyniemi, V. 2005. Kerronnallinen haastattelu. – Teoksessa Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus (toim. J. Ruusuvuori – L. Tiittula), 229. Tampere: Vastapaino.
- Häggman-Laitila, A. 2012. Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen - systemoitu katsaus toimintamalleihin. Sairaanhoitajapäivät 22.-23.3.2012. Luento-ohjelma/ Tiivistelmäkirja, 100.
- Hätönen, H. 2012. Tutkitun tiedon merkitys asiantuntijuuden kehittymisessä - käytetäänkö näyttöä? Sairaanhoitajapäivät 22.-23.3.2012. Luento-ohjelma / Tiivistelmäkirja, 98.
- Jadelhack, R. 2012. Health Promotion in Nursing and Cost-Effectiveness. Journal of Cultural Diversity. 2012 / Vol 19, No 2, 65.
- Johansson, B. – Fogelberg-Dahm, M. – Waldsten, B. 2009. Evidence-based practice: the importance of education and leadership. Journal of Nursing Management 2010 / 18, 70 - 77.
- Judin, J. – Kauppila, M. – Leinonen, T. – Mård, P-M. – Vähätalo, M. 2008. Kliininen asiantuntija terveydenhuollon organisaatiossa. Sairaanhoitaja -lehti. 14.8.2008. Sairaanhoitajan tietokannat - Duo decim. Osoitteessa [www. duodecim.fi](http://www.duodecim.fi). 02.11.2012.
- Kent, B. – McCormack, B. 2011: Clinical Context For Evidence-Based Nursing Practice. Hoboken, NJ: Sigma Thea Tau International.
- Korhonen, A. – Jylhä, V. 2012. Tutkimustiedosta käytäntöön: Järjestelmällisen katsauksen ja suosituksen teko. Sairaanhoitajapäivät 22.-23.3.2012. Luento-ohjelma/ Tiivistelmäkirja, 98.

- Korhonen, A. – Jylhä, V. – Holopainen, A. 2012. Millaiseen tietoon potilaan hoitoa koskevat päätökset perustuvat? Tutkiva hoitotyö Vol. 10 (1), 40 - 42.
- Korhonen, T. – Tervo-Heikkinen, T. – Holopainen, A. – Miettinen, M. 2012. Yhtenäisten käytäntöjen malli esimerkkinä Kaatumisen ehkäisy -hanke. Sairaanhoidajapäivät 22.-23.3.2012. Luento-ohjelma/ Tiivistelmäkirja, 99.
- Kvale, S. – Brinkmann, S. 2009. Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing. Los Angeles: SAGE. 2. ed.
- Kylmä, J. – Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H. – Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, no 1/1999, 5 - 7.
- Käypä hoito- suositus 2012. Näytön asteen määrittely. Osoitteessa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>. 15.04.2012.
- Käypä hoito - Duodecim 2012. Hoitosuosituksset. Osoitteessa <http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti>. 20.10.2012.
- Laaksonen, H. – Niskanen, J. – Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lapin sairaanhoitopiiri 2012. Lapin sairaanhoitopiirin strategia 2007 - 2012. Osoitteessa <http://www.lshp.fi>. 20.11.2012.
- Latvala, E. – Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. – Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä (toim. S. Janhonen – M. Nikkonen), 21. Juva: WS Bookwell Oy.
- Leeman, J. – Sandelowski, M. 2012. Practice-Based Evidence and Qualitative Inquiry. Journal of Nursing Scholarship 2012 / 44, 171 - 179.
- Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Leino-Kilpi, H. – Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. – Teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyö (toim. S. Lauri), 7. Helsinki : WSOY.
- Levin, RF. – Lunney, M. – Krainovich-Miller, B. 2004. Improving diagnostic accuracy using an evidence-based nursing model. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 2004 / 15 (4). 114 - 122.

- Lugtenberg, M. – Burgers, JS. – Westert, GP. 2010. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Quality & Safety in Health Care* 2009 / 18(5), 385-92.
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2012. Sairaanhoitopiirin strateginen suunnitelma 2012. Osoitteessa <http://www.lpshp.fi>. 20.11.2012.
- Lääkärikirja - Tohtori.fi. 2012. Hoito-ohjelma. Osoitteessa <http://www.tohtori.fi>. 18.10.2012.
- MacIntyre, S. 2011. Good intentions and received wisdom are not good enough: the need for controlled trials in public health. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2011 / 65 (7), 564.
- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp.
- Morris, M. – Scott-Findlay, S. – Estabrooks, C. 2001. Evidence-based nursing Web sites: finding the best resources. *Advanced Practice in Acute & Critical Care* 2001 / 12 (4), 578.
- Mäkelä, M. – Kunnamo, I. 2001. Implementing evidence in Finnish primary care. Use of electronic guidelines in daily practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2001 / 19, 214 - 217.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Mäntyranta, T. – Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim*. 124:1507 - 13.
- Newhouse, R. – Dearholt, S. – Poe, S. – Pugh, L. – White, K. 2007. *John Hopkins Nursing. Evidence-Based Practice. Model and Guidelines*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Nickerson, CJ. – Thurkettle, MA. 2012. Cognitive Maturity and Readiness for Evidence-Based Nursing Practice. *Journal of Nursing Education* 2012 / 21, 1 - 8.
- Nikkilä, J. – Paasivaara, L. 2008. Arjen johtajuus rutiinijohtamisesta tulkintataitoon. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2000; 116(17): 1821-1828. Osoitteessa <http://www.duodecimlehti.fi>. 20.10.2012.
- Novak, I. – McIntyre, S. 2010. The effect of Education with workplace supports on practitioner's evidence-based practice knowledge and implementation behaviours.. *Australian Occupational Therapy Journal* 2010 / 57, 386 - 393.



- Omer, T. 2012. Research Utilization in a Multicultural Nursing Settings in Saudi Arabia: Barriers and Facilitators. *Journal of Nursing Research* 2012 / 20(1), 66 - 73.
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuitioita ja selvityksiä 2006:24. Osoitteessa <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>
- Oranta, O. – Routasalo, P. – Hupli, M. 2001. Sairaanhoitaja tutkimustiedon hyödyntäjänä - estävät ja edistävät tekijät. *Hoitotiede* 1/2002, 33.
- Partanen, P. – Perälä, M-L. 1997. Menetelmien arviointi hoitotyössä. Kansallisen ja kansainvälisen tutkimuksen systemoitu kirjallisuuskatsaus. FinOHTAn raportti 7. Osoitteessa <http://finohta.stakes.fi/FI/julkaisut/raportit/raportti7.htm>. 25.10.2012.
- Pearson, A. – Wiechula, R. – Court, A. – Lockwood, C. 2005. The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence Based Healthcare* 2005 / 3(8), 207.
- Peirson, L. – Ciliska, D. – Dobbins, M. – Mowat, D. 2012. Building capacity for evidence informed decision making in public health: a case study of organizational change. *BMC Public Health* 2012 / 12, 137.
- Perälä, M-L – Pelkonen, M. 2012. Hoitotyön suositukset osana näyttöön perustuvaa toimintaa. Osoitteessa [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12\\_2006/muut\\_artikkelit/hoitotyön\\_suosituks\\_et\\_osana\\_nayt/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12_2006/muut_artikkelit/hoitotyön_suosituks_et_osana_nayt/). 15.04.2012.
- Poe, S. – White, K. 2010. *John Hopkins Nursing Evidence-Based Practice. Implementation and Translation*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Polit, D. – Beck, C. 2010. *Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia :Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins. 7. ed.
- Polit, D. – Hungler, B. 1993. *Essentials of Nursing Research. Methods, appraisal and Utilization*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

- Roine, R. 1999. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa. FinOHTAn raportti 11. Osoitteessa <http://finohta.stakes.fi/FI/julkaisut/raportit/raportti11.htm>. 28.10.2012.
- Rovaniemen ammattikorkeakoulu 2012. Opinnäytetyöopas 2012 - 2014, 8.
- Ruusuvuori, J. 2010. Litteroijan muistilista. – Teoksessa Haastattelun analyysi (toim. M. Hyvärinen), 9 - 46. Tampere: Vastapaino.
- Ruusuvuori, J. – Nikander, P. – Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. – Teoksessa Haastattelun analyysi (toim. M. Hyvärinen), 9 - 46. Tampere: Vastapaino.
- Ruusuvuori, J. – Tiittula, L. 2009. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. – Teoksessa Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus (toim. L. Tiittula), 23. Tampere: Vastapaino.
- Rycloft–Malone, J. – Harvey, G. – Seers, K. – Kitson, A. – McCormack, B. Titchen, A. 2004. An exploration of factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing* 2004 13 (8), 913 - 924.
- Sackett, D. – Rosenberg, W. – Gray, J. – Haynes, R. – Richardson, W. 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*. Vol.312. 71 - 72.
- Sairaanhoitajaliitto 2012a. Hoitotyön suositukset osana näyttöön perustuvaa toimintaa. Osoitteessa <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>. 28.04.2012.
- Sairaanhoitajaliitto 2012b. Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen. Osoitteessa [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/). 21.10.2012.
- Scott, K. – McSherry, R. 2008. Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing* 2008 / 18(8), 1085 - 1095.
- Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelma 2009 - 2011. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Osoitteessa [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf). 15.03.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004 - 2007. Osoitteessa <http://www.stm.fi>. 18.11.2012.

- Staffileno, B. – Carlson, E. 2009. Providing direct care nurses research and evidence-based practice information: an essential component of nursing leadership. *Journal of Nursing Management* 2010 / 18, 84 - 89.
- Stakes – Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastokeskus. Osoitteessa <http://www.stakes.fi/oske/terminologia/sanastot/pket.pdf>. 21.10.2012.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003. Hoitosuositusten toimeenpano. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>. 15.04.2012.
- The Cochrane Collaboration 2012. Working together to provide the best evidence for health care. Osoitteessa [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org). 18.11.2012.
- Tiittula, L. – Ruusuvuori, J. 2009. Johdanto. Teoksessa Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus (toim. L. Tiittula), 9. Tampere: Vastapaino.
- Titler MG. – Kleiber, C. – Steelman, VJ. – Rakel, BA. – Budreau, G. Everett, CLQ. – Buckwalter, KC. – Tripp-Reimer, T – Goode, CJ. 2001. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2001 / 13 (4), 497 - 509.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi. 5 uud.p.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Osoitteessa [http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanto/kaytanto.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html). 22.10.2012.
- Ubbink, DT. – Vermeulen, H. – Knops, AM. – Legemate, DA. – Oude Rengerink, K. – Heineman, MJ. – Roos, YB. – Fijnvandraat, CJ. – Heymans, HS. – Simons, R. – Levi, M. 2011. Implementation of evidence-based practice: outside the box, throughout the hospital. *Netherlands Journal of Medicine* 2011 / 69 (2), 87 - 94.
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Osoitteessa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3195-4>.

- Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut - millainen metodi? – Teoksessa Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. (toim. J. Ruusuvuori – L. Tiittula), 223. Tampere: Vastapaino.
- Van Batter Gale, B. – Scaffer, MA. 2009. Organizational readiness for evidence-based practice. *Journal of Nursing Administration* 2009 / 39(2), 91 - 97.
- Vilkka, H 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Virtanen, J. 2010. Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Väitöskirja. Turun kauppakorkeakoulu. Sarja A - 2: 2010. Osoitteessa [http://info.tse.fi/julkaisut/vk/Ae2\\_2010.pdf](http://info.tse.fi/julkaisut/vk/Ae2_2010.pdf).
- Vähäkangas, P. 2012. Miksi suosituksia tarvitaan terveydenhuollossa? Sairaanhoidajapäivät 22.-23.3.2012. Luento-ohjelma/ Tiivistelmäkirja. 97.
- Wallen, GR. Mitchell, SA. – Melnyk, B. – Fineout-Overholt, E. – Miller-Davis, C. – Yates, J. – Hastings, C. 2010. Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *Journal of Advanced Nursing* 2010 / 66 (12), 2761.
- Wallin, L. – Gustavsson, P. – Ehrenberg, A. – Rudman, A. 2012. A modest start, but a steady rise in research use: a longitudinal study of nurses during the first five years in professional life. *Implementing Science* 2012 / 19, 7 - 19.
- Winters, C. – Echeverri, R. 2012. Academic Education. Teaching Strategies to Support Evidence-Based Practice. *Critical Care Nurse* 2012 / 32(3), 49-54.

**LIITTEET**

Liite 1. Tutkimushaastattelun teemat

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Toimeksiantosopimus

Liite 4. Tutkimuslupa Lapin keskussairaala

Liite 5. Tutkimuslupa Länsi-pohjan keskussairaala

## TUTKIMUSHAASTATTELUN TEEMAT

1. Hoitotyön kehittyminen
2. Tiedonsaanti kehittämiseen liittyvistä ohjeista
3. Näyttöön perustuvan hoitotyön ja suositusten tunteminen
4. Suositusten merkitys hoitotyölle
5. Koulutus
6. Hoitosuositusten käyttöönotto

## Saatekirje

Hyvä osastonhoitaja

Opiskelen sosiaali- ja terveystieteiden ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa Rovaniemellä. Opiskeluuni liittyy opinnäytetyö, jonka aiheena on hoitotyön kehittäminen näyttöön perustuen sekä hoitotyön käytäntöjen yhtenäistäminen. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata osastonhoitajien käsityksiä näyttöön perustuvasta hoitotyöstä ja hoitotyön käytäntöjen yhtenäistamisestä.

Tutkimuksen aineiston kerään Länsi-Pohjan ja Lapin keskussairaaloiden osastonhoitajilta ryhmähaastatteluilta. Olen saanut luvat haastatteluihin sairaaloiden ylihoitajilta. Haastattelu toteutetaan työajalla 4 - 5 hengen ryhmässä ja se kestää 1 - 1,5 h. Haastattelu nauhoitetaan ja sitä käytetään ainoastaan tämän tutkimuksen aineistona. Tutkimuksessa ei vertailla eri sairaaloiden osastonhoitajien vastauksia, eikä yksittäisen haastateltavan henkilöllisyys tule missään vaiheessa esille. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista.

Pyydän Sinua ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen. Haastatteluun ei tarvitse mitenkään erityisesti valmistautua. Osallistumalla olet mukana kehittämässä hoitotyötä. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää yhtenäisten käytäntöjen juurruttamisessa hoitotyöhön sekä henkilöstökoulutuksessa. Haastattelut teen syksyllä 2012. Pyydän Sinua ottamaan yhteyttä minuun 10.9.2012 mennessä joko sähköpostitse (kehusei@gmail.com) tai puhelimella (040 75 23578), mikäli olet kiinnostunut osallistumaan haastatteluun tai Sinulla on kysyttävää tutkimukseen liittyen.

Yhteistyöstä kiittäen

15.08.2012

Eija Kehus

Rovaniemen ammattikorkeakoulu

kehusei@gmail.com

puh. 040 7523578

## Liite 3

Lomake A3



Rovaniemen  
ammattikorkeakoulu  
University of Applied Sciences

## TOIMEKSIANTOSOPIMUS

<b>Toimeksiantaja</b>	Nimi (esim. yritys) Länsi-Pohjan keskussairaala  Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) <i>Martha Rissanen</i> <i>martha.rissanen@lpshp.fi</i> 0405263753  Työn aihe Hoitotyön käytäntöjen yhtenäistäminen näyttöön perustuen, osastonhoitajien näkökulma		
<b>Tekijä</b>	Nimi Eija Kehus Katuosoite Liakantie 360 Puhelin 040 7523578 Koulutusala ja -ohjelma Terveystieteiden, Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto	Opiskelijanumero 1200159 Postinumero 95460 Sähköpostiosoite kehuseiat@gmail.com Ryhmätunnus YAMK 12 TE	Postitoimipaikka Tornio
<b>Ohjaaja</b>	Nimi Teija Korhonen Toimipaikka ja osoite Rovaniemen ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiala, Porokatu 35, 96400 Rovaniemi Puhelin 0207985628	Oppiarvo ja tehtävänimike TtT, <i>Yliopettaja</i> Sähköpostiosoite Teija.Korhonen@ramk.fi	
<b>Toimeksiantosopimuksen ehdot</b>			
<b>Ohjaus</b>	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.		
<b>Dokumentaatio</b>	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöraportit ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.		
	Työ on vapaasti lainattavissa ammattikorkeakoulun kirjastossa.		<input type="checkbox"/>
<b>Omistus- ja käyttö-oikeudet</b>	Oppilaitoksella on oikeus hyödyntää työn tuloksia opetuksessa.		<input type="checkbox"/>
<b>Lisäksi sovitaan</b>			<input type="checkbox"/>
<b>Salassapito</b>	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa.		
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään tutkimus-/työsuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.		

	<b>Paikka ja päivämäärä</b>	<b>Allekirjoitus</b>
<b>Toimeksiantaja</b>	<i>Kemi 2.5.2012</i>	<i>Martha Rissanen</i>
<b>Tekijä</b>		<i>Eija Kehus</i>
<b>Ohjaaja</b>	<i>Teija Korhonen</i>	<i>Teija Korhonen</i>

Rovaniemen ammattikorkeakoulu  
 Jokiväylä 13, 96300 ROVANIEMI  
 puh.020 798 4000 (vaihe), faksi 020 798 5499  
[opintotoimisto@ramk.fi](mailto:opintotoimisto@ramk.fi)  
[www.ramk.fi](http://www.ramk.fi)



## TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

TUT: 26/2012  
4.6.2012 Lomake A2

<b>Toimeksiantaja</b>	Nimi Lapin keskussairaala		
	Yhteyshenkilö, puhelin ja sähköposti Soili Vesterinen soili.vesterinen(at)lks.fi		
	Työn aihe Hoitotyö käytäntöjen yhtenäistäminen näyttöön perustuen		
<b>Tekijä</b>	Nimi Eija Kehus	Opiskelijanumero 1200159	
	Katuosoite Liakantie 360	Postinumero 95460	Postitoimipaikka Tornio
	Puhelin 040 7523578	Sähköpostiosoite kehusei(at)gmail.com	
	Koulutusala ja -ohjelma Sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan ylempi AMK Terveyden edistäminen	Ryhmätunnus YAMK12TE	
<b>Tekijä</b>	Nimi	Opiskelijanumero	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Koulutusala ja -ohjelma	Opiskelijanumero	
<b>Ohjaaja</b>	Nimi Teija Korhonen	Oppiarvo ja tehtävänimike TtT, yliopettaja	
	Toimipaikka ja osoite Rovaniemen ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiala, Porokatu 35, 96400 Rovaniemi		
	Puhelin 0207985628	Sähköpostiosoite Teija.Korhonen(at)ramk.fi	
<b>Päiväys ja allekirjoitukset</b>	<b>Paikka ja päivämäärä</b>	<b>Allekirjoitus</b>	
<b>Tekijä</b>	Tornio 24.5.2012	Eija Kehus	
<b>Tekijä</b>			
<b>Tutkimussuunnitelma hyväksytty</b>	Rovaniemi 21.5.2012	Teija Korhonen (nimenselvennös) yliopettaja	

Liitteenä tutkimus-/ työsuunnitelma ☒

Rovaniemen ammattikorkeakoulu  
Jokiväylä 13, 96300 ROVANIEMI  
puh.020 798 4000 (vaihe), faksi 020 798 5499  
opintotoimisto@ramk.fi  
www.ramk.fi

Myönnän tutkimuslupan ehdolla, että  
Lapin ammattikorkeakoulu saa valtuuden  
tämän käyttämiseen  
4.6.2012 Sanna Korhonen

## Liite 5



## TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Lomake A2

<b>Toimeksiantaja</b>	Nimi Länsi-Pohjan keskussairaala		
	Yhteyshenkilö, puhelin ja sähköposti Maritta Rissanen 0405263753 maritta.rissanen(at)lpshp.fi		
	Työn aihe Hoitotyö käytäntöjen yhtenäistäminen näyttöön perustuen		
<b>Tekijä</b>	Nimi Eija Kehus	Opiskelijanumero 1200159	
	Katuosoite Liakantie 360	Postinumero 95460	Postitoimipaikka Tornio
	Puhelin 040 7523578	Sähköpostiosoite kehusei(at)gmail.com	
	Koulutusala ja -ohjelma Sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan ylempi AMK Terveystieteiden edistäminen	Ryhmätunnus YAMK12TE	
<b>Tekijä</b>	Nimi	Opiskelijanumero	
	Katuosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Koulutusala ja -ohjelma	Opiskelijanumero	
<b>Ohjaaja</b>	Nimi Teija Korhonen	Oppiarvo ja tehtävänimike TTT, yliopettaja	
	Toimipaikka ja osoite Rovaniemen ammattikorkeakoulu, Hyvinvointiala, Porokatu 35, 96400 Rovaniemi		
	Puhelin 0207985628	Sähköpostiosoite Teija.Korhonen(at)ramk.fi	
<b>Päiväys ja allekirjoitukset</b>	<b>Paikka ja päivämäärä</b>	<b>Allekirjoitus</b>	
<b>Tekijä</b>	Tornio 24.5.2012	Eija Kehus	
<b>Tekijä</b>			
<b>Tutkimussuunnitelma hyväksytty</b>	Rovaniemi 21.5.2012	Teija Korhonen (nimenselvennös) yliopettaja	

Liitteenä tutkimus-/ työsuunnitelma ☒

Rovaniemen ammattikorkeakoulu  
Jokiväylä 13, 96300 ROVANIEMI  
puh.020 798 4000 (vaihte), faksi 020 798 5499  
opintotoimisto@ramk.fi  
www.ramk.fi

Talutteen opinnäytetyön  
työelämässä sovellettavaksi.

TUTKIMUS SUUNNITELMA HYVÄKSYTTY,  
PAITSI KUSTANNUKSISTA VASTAA TUTKIJAN  
ITSE. TOIMEKSI ANTAJA MYÖNTÄÄ 10 PALKAN  
LISTA OPISKELUPÄIVÄÄ.

Maritta Rissanen  
Maritta Rissanen Yliopettaja